UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1923 — N° 30

Troubles psychiques

dans

l'Encéphalite épidémique

chez les Enfants

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 Décembre 1923

PAR

Armand LEBAR

Né à Saint-Eugène (Alger) le 20 Décembre 1895

MEMBRES DU JURY :

MM. GILLOT, Professeur de Clinique Médicale Infantile — *Président.*

H. SOULIÉ, Professeur de Pathologie générale et de Microbiologie

RAYNAUD, Professeur de Clinique des Maladies des Pays chauds, des Maladies Syphilitiques et Cutanées — *Juges.*

AUBRY, Agrégé (Médecine)

IMPRIMERIE ANGÉLIS. 44, RUE DE CONSTANTINE - ALGER

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0072

Troubles psychiques

dans

l'Encéphalite épidémique

chez les Enfants

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1923 — N° 30

Troubles psychiques

dans

l'Encéphalite épidémique

chez les Enfants

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 Décembre 1923

PAR

Armand LEBAR

Né à Saint-Eugène (Alger) le 20 Décembre 1895

UNIV. LIOTHEEK EIDEN

MEMBRES DU JURY :

MM. GILLOT, Professeur de Clinique Médicale Infantile — *Président.*

H. SOULIÉ, Professeur de Pathologie générale et de Microbiologie

RAYNAUD, Professeur de Clinique des Maladies des Pays chauds, des Maladies Syphilitiques et Cutanées — *Juges.*

AUBRY, Agrégé (Médecine)

IMPRIMERIE ANGÉLIS. 44, RUE DE CONSTANTINE - ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	HÉRAIL (I. ✠).
DOYEN HONORAIRE		CURTILLET (O. ✠, I. ✠).
ASSESSEUR		ARDIN-DELTEIL (✠ I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✠, ✠, I. ✠).
	LEBLANC (✠, ✠, I. ✠).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✠).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✠, ✠, I. ✠).
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD (✠, A. ✠).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (✠, I. ✠).
Clinique chirurgicale	VINCENT (✠, I. ✠).
Clinique chirurgicale infantille et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✠, I. ✠).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	ROUVIER (✠, I. ✠).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✠, I. ✠).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✠, A. ✠).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (O. ✠, I. ✠, O. ✠).
Histologie	ARGAUD (✠, I. ✠).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✠, ✠, I. ✠).
Médecine légale	GIRAUD (✠)
Matiére médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✠).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIE (✠, I. ✠).
Pharmacie	MUSSO (I. ✠).
Physiologie	TOURNADE (✠, ✠, A. ✠).
Physique médicale	DUFOUR (✠, I. ✠).

PROFESSEUR HONORAIRE

M. MALOSSE Théod. (I. ✠, ✠)

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire ..... M. CABANES (✠, ✠, O, I. ✠).

AGRÉGÉS

Accouchements	MM. LAFFONT (✠, ✠, A. ✠).
Chirurgie	COSTANTINI (✠, ✠).
	LOMBARD (✠, A. ✠).
Médecine	AUBRY (✠, ✠).
	POROT (A. ✠).
Physiologie	BATTEZ.
Histoire naturelle méd. et parasitologie	SENEVET (✠).
Pharmacie et matière médicale	N...
Chimie médicale	PORTES (✠, ✠, A. ✠).

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie ..... M. FERRARI (✠, A. ✠).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette thèse :

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Enlevé trop tôt à mon affection. Il aurait été heureux de me voir parvenir au terme de mes études.

A MES COMPAGNONS D'ARMES

(1914-1918)

201e Régt d'Artie de Campagne (Dardanelles-Orient)
1er Groupe d'Artie de Campagne d'Afrique

Morts au Champ d'Honneur.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI

MARCEL TURANO

Interne des Hôpitaux d'Alger
Aide d'Anatomie

Mort victime du devoir professionnel.

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE

Faible gage d'immense affection.

A MES FRÈRES GEORGES ET ROGER

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON PETIT NEVEU HENRY

A MON ONCLE Samuel LEBAR

Administrateur de la Banque de l'Algérie

En témoignage de profonde reconnaissance.

A MON ONCLE le Docteur Léon LEBAR

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin assistant à l'Hôpital Broussais

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES COUSINS

A TOUS MES PARENTS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur GILLOT

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse. Reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur SOULIÉ

Professeur de Pathologie générale
et de Microbiologie

Qui fut notre maître à l'Hôpital pendant notre externat. En témoignage de vive gratitude pour les conseils dont il nous a comblés.

Monsieur le Professeur RAYNAUD

Professeur de Clinique
des Maladies des Pays chauds,
des maladies syphilitiques et cutanées

En toute déférence.

Monsieur le Docteur AUBRY

Professeur agrégé de médecine

Qui fut toujours pour nous un maître bienveillant dont les précieux conseils ne nous manquèrent jamais.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A Monsieur le Docteur SARROUY
Chef de Clinique médicale infantile

Qui nous a toujours aidé de ses conseils pour l'élaboration de ce travail. En témoignage de très vive amitié.

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Depuis l'apparition de l'Encéphalite Epidémique dans la littérature médicale, en 1916-17, nous avons été frappé par ce fait que, dans les nombreux ouvrages écrits sur ce sujet, les troubles psychiques de cette affection chez l'enfant, n'ont pas été mis en lumière.

Quelques auteurs ont rapporté incidemment des observations à ce sujet, sans cependant y insister. La Société de Pédiatrie recueille aussi en 1921 de nombreuses observations très intéressantes, mais dans lesquelles les troubles psychiques ne sont pas particulièrement mis en relief. La thèse de Mlle Lévy, en 1922, le XXVI[e] *Congrès des Aliénistes et Neurologistes, en août de la même année, font faire un grand pas à la question. Chez l'enfant, il est décrit des formes psychiques qui, en définitive, reviennent à deux types: les formes insomniques et hypomaniaques.*

Peu de temps après la publication de ces ouvrages, nous avons l'occasion d'observer à l'hôpital de Mustapha, dans le service de M. le professeur Gillot, deux jeunes enfants atteints de troubles psychiques. Par un examen attentif, ces troubles peuvent être rapportés à des Encéphalites Epidémiques, fruste chez l'un, passée inaperçue chez l'autre.

M. le professeur Gillot rapproche ces observations d'autres cas observés dans le service de la Clinique, les années précédentes. Il nous propose de rassembler ces observations dans un travail de thèse inaugurale en nous efforçant de mettre en relief les phénomènes

psychiques présentés par nos divers malades, et d'en essayer une classification.

A cette époque, en mai 1923, se place un article très documenté, publié dans les Archives de Médecine des Enfants, sur les Séquelles psychiques de l'Encéphalite Epidémique chez les enfants, par André Collin et Jeanne Requin. Ces auteurs, reprenant de nombreuses observations, donnent une classification des troubles psychiques chez l'enfant d'après l'âge.

Le sujet est donc de plus en plus étudié.

Les observations se multiplient et la description de troubles psychiques chez l'enfant prend une place importante dans les publications de nombreux pédiatres.

Il nous a paru cependant que, malgré ces articles sur les troubles psychiques chez l'enfant parus depuis nos observations de la Salle Claude Bernard, nous pouvions porter notre modeste contribution à l'étude de cette question si intéressante.

Grâce aux conseils éclairés que nous prodigua avec sa bienveillance coutumière notre Maître, M. le professeur Giltot, aidés par notre ami, le docteur Sarrouy, nous avons pu aborder un sujet qui, à première vue, nous avait paru très ardu.

Les observations que nous avons recueillies sont toutes du service de Médecine Infantile de l'hôpital de Mustapha. Nous y avons ajouté deux observations résumées, prises dans la littérature médicale.

Nous avons tenu à placer ces observations dans le premier chapitre de notre thèse, chapitre que nous avons fait précéder d'une introduction et d'un historique des troubles psychiques chez l'enfant. Chaque observation est suivie d'une étude clinique se rapportant aux troubles psychiques observés.

Le chapitre II est consacré à la partie la plus difficile de notre étude.

Ne nous bornant pas, ainsi que l'ont fait les auteurs qui ont étudié la question, à une description de troubles psychiques constituant des séquelles d'Encéphalite Epidémique chez l'enfant, nous avons étendu la question à tous les troubles psychiques observés, tant pendant la période aiguë que comme manifestation tardive.

Nous avons ensuite essayé dans ce chapitre, une classification des troubles observés, par ordre d'importance clinique. Il nous paraît, en effet, que cette manière d'envisager la question correspond mieux à la réalité des faits.

C'est ainsi que nous classons en première ligne, les troubles du sommeil, qui constituent le symptôme capital de l'affection, puisqu'il a donné son nom à la maladie.

Les troubles de l'intelligence viennent ensuite, suivis des troubles du caractère et des troubles moraux si fréquemment observés comme séquelles d'Encéphalite Epidémique.

Enfin, après les troubles moraux, nous avons placé les états démentiels que nous avons pu observer et qui ont été souvent décrits dans la littérature médicale.

Après cette description des troubles psychiques, nous avons donné dans le chapitre III, assez bref, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces troubles.

HISTORIQUE

En hiver 1916-17, Von Economo, de Vienne, publia les premiers cas d'encéphalite épidémique. Avant lui, cependant, R. Cruchet, dès l'hiver 1915-16, au Centre neuro-psychiatrique de Bar-le-Duc, avait déjà signalé l'affection sous le nom « d'Encéphalomyélite ».

Au moment de la publication de Von Economo, on fut tenté de croire qu'une maladie nouvelle était apparue.

Mais, si le nom d'encéphalite épidémique était nouveau, le syndrome était tout de même connu depuis fort longtemps. En 1890-91, une affection semblable était mentionnée, coïncidant avec une épidémie de grippe : C'est la « nona » des auteurs italiens. Chez les enfants, en particulier, on retrouve comme dans l'affection encéphalitique, le début rapide, la céphalée, l'état comateux, les convulsions choréiques.

En 1846, Dubini décrit une épidémie de chorée électrique. Et, en remontant dans l'histoire, c'est le « Schlaffkrankheit » de Camerarius, en 1718, à Tubingen ; la « chorea major » du Moyen-Age, et jusqu'au « léthargos » d'Hyppocrate.

Cependant, peu d'auteurs mentionnent les cas d'Encéphalite Epidémique chez l'enfant ou le nourrisson. Il nous faut arriver jusqu'en 1884 où Strumpell parle d'une encéphalite épidémique aiguë primitive de l'enfant. Dans la suite, vers 1890, Wernick, Bradford, Leyden, Westphall, décrivent des affections de l'en-

fant, se rapprochant de l'Encéphalite. Mais, comme dans ces affections on notait, en même temps, une épidémie de grippe ou de méningite cérébro-spinale, on admettait que ces dernières affections devaient être incriminées, bien qu'on n'en pût relever aucun signe clinique.

En 1900, quelques observations sont publiées dans les périodiques étrangers, par Richet et Batten, Concetti, Branson. En France, F. Raymond, en 1901-1904, fait des travaux remarquables sur l'Encéphalite aiguë de l'adulte et rattache à l'Encéphalite aiguë intra-utérine, l'idiotie, la maladie de Little.

« Vivement frappé par la connaissance de ces recherches originales, je ne tardais pas à en faire l'application aux enfants de l'hôpital et de la clientèle », nous dit Comby, dans les *Archives de Médecine des Enfants*.

En 1906-1907, en effet, cet auteur publie plusieurs articles dans différents périodiques où il donne des observations très intéressantes d'enfants atteints d'encéphalite aiguë, dans lesquelles les troubles psychiques, tant au début de l'affection que comme séquelles, entrent pour une part très importante.

Dès cette époque, frappé par l'extraordinaire fréquence des troubles psychiques comme séquelles d'encéphalite épidémique chez l'enfant, Comby écrit : « Un état convulsif et comateux, suivi de guérison, pourra laisser une lésion cachée, qui, plus tard, se dénoncera par l'épilepsie, une psychopathie, la démence précoce ».

Dès 1906, donc, nous trouvons dans la littérature médicale Française, des observations sur les troubles psychiques dans l'Encéphalite aiguë chez l'enfant. Arriération mentale chez une fillette de 4 ans. Déficit intellectuel chez un garçon de 5 ans. Excitation psychique chez une fillette.

Pendant une dizaine d'années, le silence se fait presque sur l'Encéphalite de l'enfant. Seuls, Guinon, en 1910, Triboulet, en 1913, en France ; Percy March, en Angleterre ; Higier, en Allemagne, publient quelques observations.

En 1915, Pehu et Gardère, dans les *Archives de Médecine des Enfants,* citent des cas intéressants avec troubles psychiques marqués chez l'enfant et mettent en cause la syphylis héréditaire.

Et nous en arrivons alors à la période de 1917 où les cas d'encéphalite sporadique, font place aux cas épidémiques d'encéphalite que Von Economo appelle « Encéphalite Epidémique ».

Puis, les épidémies se succèdent, autrichiennes, françaises, anglaises, algériennes. Netter, en France, a le mérite de décrire les symptômes de l'affection. Les communications à la Société Médicale des Hôpitaux se multiplient. Des formes cliniques sont décrites et mises en relief.

Sicard parle le premier d'Encéphalite myoclonique. Ardin-Delteil et Raynaud, décrivent des formes léthargiques. Dumolard et Aubry, des formes convulsives. P. Marie et Mlle Lévy, présentent des formes choréo-athétosiques. Ardin-Delteil, Raynaud et Derrieu. signalent l'apparition des formes mentales. Henri Claude donne l'observation d'Encéphalite Epidémique, avec syndrome confusionnel. Chaufard et Mlle Bernard citent un cas atypique sans signe oculaire avec allures psychopathiques ou des accidents cérébraux. Mais, peu de choses sont dites à propos de l'Encéphalite chez l'enfant.

Cependant, Netter, en avril 1918, présente à la Société Médicale des Hôpitaux, le cas d'une petite malade de 10 ans qui, après une période de somnolence de 25 jours, présentait des « bizarreries ».

Kinnier Wilson, en Angleterre, à la même époque,

décrit des symtômes mentaux chez une fillette de 12 ans. Toujours en Angleterre, Harris fait une étude de l'Encéphalite chez l'enfant où il met au premier plan des « troubles intellectuels marqués ». Dans la même année, Batten et Still, décrivent un syndrome qu'ils dénomment avec juste raison « stupeur épidémique des enfants ».

Puis, en 1919, les auteurs américains, Ely et Bassoe, Kenendy, Heiman, présentent des observations d'enfants atteints, pendant ou après l'Encéphalite Epidémique, de troubles psychiques.

En 1920, alors qu'auparavant chez l'enfant, la léthargie seule était signalée comme symptôme d'Encéphalite, des auteurs parlent d'insomnie, si bien que Sicard, dans son livre *Encéphalite myoclonique,* peut dire : « Dans les formes intégrales, l'insomnie est la règle. »

Demole, en Suisse, en juin 1920, signale la forme vésanique chez un garçon de 13 ans. Horneffer décrit une forme insomnique avec agitation, délire de paroles, etc...

Beaucoup d'observations du même genre sont publiées également dans les périodiques étrangers. Tous les auteurs font ressortir la fréquence de troubles psychiques accentués, observés au cours de l'Encéphalite ou comme « manifestation tardive ». Cependant, en France, peu de cas d'encéphalite chez l'enfant sont publiés.

L'année 1921 est marquée par des communications très importantes sur l'Encéphalite Epidémique chez l'enfant. La Société de Pédiatrie met même la question à l'ordre du jour. Les auteurs insistent à cette époque sur les formes prolongées de l'Encéphalite Epidémique, sur les « Séquelles » et « manifestations tardives », de l'affection.

Barbier donne une observation de fillette parkinsonnienne. Comby décrit des séquelles avec excitation cérébrale, idiotie. Guinon, en avril 1921, à la Société de Pédiatrie décrit des cas d'Encéphalite chez l'enfant, avec troubles mentaux qui lui succèdent dans certains cas. Avant l'Encéphalite Epidémique, les enfants étaient normaux ; après, ils sont irascibles, d'un caractère difficile, agités, entièrement changés.

Comby, à la même séance, donne des exemples frappants d'excitation cérébrale succédant chez l'enfant à la crise aiguë et pouvant être durables. « Un degré de plus, nous dit-il, et nous avons l'arriération mentale et toutes les formes de déficit intellectuel, jusqu'à l'idiotie complète ».

Lesné cite des cas de vésanie après l'encéphalite épidémique. Nobécourt donne des observations avec état démentiel.

Comme on le voit, à cette époque déjà, les observations sont nombreuses où des enfants atteints d'encéphalite, présentent surtout après la période aiguë, des troubles psychiques divers.

D'ailleurs, les périodiques étrangers abondent également en observations de ce genre. Wieland, Bauer et Mayor, en Suisse, décrivent des cas intéressants. Hofstadt, dans le *Munschener Médizinische Wochenschrifft,* décrit des formes spéciales de trouble du sommeil, « agitation continuelle pendant la nuit avec soubresauts, grimaces, cris, rires ».

Patersen et Spence, en Angleterre, nous donnent des observations intéressantes de « séquelles » d'encéphalite épidémique : sur 25 enfants, ces auteurs notent 18 séquelles mentales, dont 7 idiots où aucune amélioration n'est à espérer, et 11 autres présentant des troubles mentaux divers, prononcés, accentués, allant de l'imbécillité à un déficit intellectuel.

Progulski et Grobel décrivent des formes noctam-

buliques avec délire, verbigérations, chants, rires, et ressemblant bien à la forme décrite par Hofstadt.

Dans *The Britisch Journal of Children disease,* Fletcher et Rolleston décrivent des formes analogues chez l'enfant.

Comme on le voit, les périodiques, tant français qu'étrangers, donnent de nombreuses observations d'encéphalite épidémique chez l'enfant, surtout après la période aiguë ; et déjà, nombre d'auteurs mettent en relief le caractère particulier des troubles du sommeil chez l'enfant, et les divers troubles psychiques, constituant souvent la manifestation principale de l'affection.

Au XI[e] Congrès Français de Médecine, tenu en octobre 1921, à Strasbourg, la question de séquelles est également à l'ordre du jour. Comby, en particulier, y relate la fréquence des séquelles psychiques chez l'enfant, où des états vésaniques divers (état démentiel, idiotie, démence précoce), ainsi que de l'excitation cérébrale, entrent pour une bonne part.

Paul Chavigny et Eugène Gelma, de Strasbourg, dans le même Congrès, décrivent des troubles de nature le plus souvent confusionnelle.

Le XXV[e] Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France, s'occupe également de la question des troubles psychiques. Mais les auteurs insistent peu sur les séquelles de l'enfant.

A la Société Clinique de Médecine Mentale, Briand et Yves Porcher, présentent une petite malade de 10 ans, sujette, après une encéphalite épidémique, à de la turbulence nocturne. A la même Société, en décembre 1921, Marcel Briand et Ch. Reboul-Lachaux, font une étude intéressante sur les troubles du caractère et séquelles mentales de l'Encéphalite Epidémique chez les enfants.

Dans leurs études, ces auteurs admettent nettement que l'infection encéphalitique a suffi, chez ces enfants pour conditionner ces importants troubles du caractère.

A la même séance, G. Petit (de Bourges), cite le cas de deux enfants chez qui on observait des phénomènes d'excitation génitale, avec provocation à des actes homosexuels.

A la Société de Psychiatrie, le même auteur décrit des formes psycho-organiques de l'encéphalite épidémique.

MM. Claude et Brousseau, à la Société Clinique de Médecine Mentale, décrivent des troubles mentaux à début confusionnel, « avec palilalie et tachyphémie », mais ne citent pas d'observations d'enfant.

Par contre, Pehu et Bonafé, à la Société Médicale des hôpitaux de Lyon, présentent une série d'observations d'enfants qui ont conservé, après une phase aiguë d'Encéphalite Epidémique, des troubles intellectuels marqués, affectant surtout le type hypomaniaque.

A la Société de Médecine Mentale, A. Marie et Parant, en janvier 1922, signalent des séquelles psychiques d'encéphalite épidémique, avec syndrome confusionnel et catatonique de la démence précoce clonique (fugues et troubles mentaux).

A l'étranger, les publications sont nombreuses de troubles psychiques chez l'enfant à la suite d'encéphalite épidémique. Carlo Francioni, de Bologne, dans *Il Policlinico,* signale une vingtaine de cas chez les enfants entre 2 et 13 ans. Le caractère de ces enfants avait beaucoup changé, ils étaient devenus irritables, violents, impulsifs, de dociles et apathiques qu'ils étaient auparavant ; chez d'autres, grande agitation motrice, loquacité insolite, tendance aux fugues.

Le docteur Piore, à Florence, le docteur Pfanndler, à Munich, font les mêmes constatations. Ce dernier incrimine une lésion du thalamus.

A la Société Clinique de Médecine Mentale, J. Reboul-Lachaux signale des troubles mentaux, séquelles d'Encéphalite Epidémique chez les enfants.

Ch. Robin fait une étude approfondie de séquelles mentales observées chez trois enfants, une fillette de 8 ans et deux garçons de 7 ans, dont les principales manifestations étaient des troubles profonds du caractère, consistant en « colère, violences, vols, mythomanie et surtout tendance aux fugues ».

Au XXVI[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, tenu à Quimper le 6 août 1922, la première question à l'ordre du jour est celle des troubles mentaux de l'encéphalite épidémique. V. Truelle et G. Petit, rapporteurs, donnent un exposé magistral de la question et, se basant sur de nombreuses observations, groupent les symptômes psychiques, « malgré leur polymorphisme et leur variabilité, en un certain nombre de syndromes psychopatiques ayant une tonalité et une couleur suffisamment caractéristiques ».

Ils décrivent ainsi des syndromes léthargiques, confusionnel, dépressif, d'excitation et délirant. Ils y ajoutent les syndromes catatoniques, hébéphrénocatatoniques, parkinsonniens, épileptiformes, pseudo-paralytiques, qui ont leur physionomie propre, grâce à la prépondérance des troubles moteurs.

Tous ces syndromes psychopathiques se rencontrent aussi bien chez les enfants que chez les adultes, mais chez l'enfant, les principaux syndromes en sont « l'excitation hypomaniaque taquine, l'insomnie avec agitation maniaque progressivement croissante jusqu'au milieu de la nuit, sommeil tardif matutinal,

instabilité de l'attention, accès subits de colère, éveil précoce de la sexualité avec masturbation ».

Ces auteurs semblent mettre donc au point, dans leur rapport, la question si importante des troubles psychiques de l'encéphalite épidémique.

Au même Congrès, au cours de la discussion, Hesnard, de Bordeaux, nous donne deux types de démence post-encéphalitique, « arriération infantile, et démence figée ».

C'est pendant la même année 1922, que paraît un travail très complet et particulièrement intéressant, fait à la clinique des maladies du système nerveux, a la Salpétrière (Service de M. le docteur Pierre Marie), par Mlle Gabrielle Lévy, sur les « Manifestations tardives de l'Encéphalite Epidémique ».

L'auteur aborde dans cet ouvrage la question de l'Encéphalite Epidémique chez l'enfant. « Les manifestations tardives de l'Encéphalite Epidémique chez l'enfant, nous dit-elle, ont, en effet, ceci de très particulier, qu'elles sont très fréquemment d'ordre psychiatrique ».

L'auteur ajoute qu'il existe chez l'enfant entre autres syndromes excito-moteurs, parkinsonniens et respiratoires, deux formes qui sont particulièrement fréquentes et même pour ainsi dire habituelles, surtout dans les manifestations tardives de la maladie : les formes *insomniques* et *hypomaniaques*.

Telles sont les notions très intéressantes que nous retirons de l'ouvrage de Mlle le docteur Lévy.

D'ailleurs, à propos de ces manifestations d'excitation sexuelle, quelques mois avant la publication du livre, en juillet 1922, dans *Medizinische Klinik*, le professeur Stern nous rapportait une observation très intéressante de puberté précoce dans l'encéphalite épidémique. C'est un enfant de 12 ans chez qui est apparu un développement génital complet et accé-

léré : « trouble de la voix, accroissement du volume des organes génitaux ».

A la Société Clinique de Médecine Mentale, J. Roubinovitch, Barük et Bariéty, présentent un enfant de 15 ans ayant eu à la suite d'encéphalite épidémique, des troubles mentaux où les troubles du caractère prédominent. Les fonctions intellectuelles, disent ces auteurs, (mémoire, orientation), sont tout à fait intactes. Par contre, on note des phases d'inhibition pendant lesquelles toute opération psychique est suspendue.

Robin cite le cas de deux enfants de 13 ans avec troubles du caractère très marqués. L'un d'eux « fait des dénonciations calomnieuses au commissaire de police », et l'autre est « turbulent, impulsif, avec tendance à embrasser et à envoyer des baisers ».

Les docteurs Hamel et Merland, de l'Asile de Maréville, près Nancy, citent le cas d'une fillette de 7 ans et demi, ayant présenté un affaiblissement intellectuel accusé. « Il y a chez elle, ajoutent ces auteurs, non seulement impossibilité d'acquisition nouvelle, mais rétrocession des notions éducatives, et réapparition des instincts les plus primitifs ».

L'année 1923 est féconde en observations touchant l'encéphalite épidémique chez les enfants.

A la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, le docteur Froment signale des troubles de l'écriture dans un état post-encéphalitique. Le papier rayé en double ligne, ferait disparaître ces troubles, ajoute-t-il.

A la Société de Psychiatrie, en février 1923, Pierre Kahn cite une observation de psychose post-encéphalitique : « Bradypsychie avec intégrité de l'affectivité ». Marcel Briand et Fribourg-Blanc signalent l'importance de l'onirisme comme signe de début dans le diagnostic de l'encéphalite épidémique ; ils

donnent d'ailleurs deux observations confirmées par autopsie.

A la Société de Médecine de Nancy, Haushalter présente trois observations d'enfants avec encéphalite épidémique. La troisième, après une phase de guérison, fait une rechute dix-huit mois après, avec état vésanique consistant en « apathie, refus de prendre tout aliment, inattention extraordinaire ».

A la Société Médicale des Hôpitaux, Barbier signale un cas d'encéphalite chez un nourrisson de 9 mois.

A la Société de Pédiatrie, Apert, Robert Broca et Chabanier, présentent deux enfants de 5 et 2 ans, ayant conservé, à la suite d'Encéphalite Epidémique, un état mental particulier, faciès figé, sourire niais, irritabilité, réclamation, cris contre les autres enfants. Une petite a, en outre, des périodes d'agitation bruyante avec des hallucinations.

A l'étranger, quelques publications traitent des « séquelles » encéphalitiques chez l'enfant. Dans *The Glascow Médical Journal,* de février 1923, paraissent des articles intéressants sur cette question, de Grace, H. Anderson, H.-J. Watt, Monro, D.-K. Henderson, Ivy Mackenzie et Léonard Findlay.

Anderson, en particulier, fait nettement ressortir les troubles marqués du sommeil et du caractère.

H.-J. Watt étudie spécialement les effets de l'encéphalite léthargique sur l'intelligence de l'enfant, en se servant de la méthode de Binet. Il s'assure ainsi que l'intelligence est très amoindrie par l'encéphalite.

Dans l'*American Journal of Diseases of Children.* le docteur Franklin G. Ebangh traite du même sujet et aboutit aux mêmes constatations que les auteurs écossais.

Sur neuf cas observés chez des enfants, Naville, dans la *Revue Médicale de la Suisse romande* (janvier 1923), rapporte cinq séquelles où les troubles

moteurs prédominent avec quelques légers troubles mentaux, et quatre séquelles mentales avec insomnie, sans troubles moteurs.

A la Société Médicale des Hôpitaux, Chiray et Lafourcade présentent des observations d'Encéphalite Epidémique à séquelles combinées, respiratoires, bradytrophiques, psychiques.

En mai 1923, paraît dans les *Archives de Médecine des Enfants*, un article très documenté et très original sur les « Séquelles psychiques de l'Encéphalite Epidémique chez les enfants », par André Collin et Jeanne Réquin.

Ces auteurs considèrent que les troubles psychiques sont différents suivant l'âge de l'enfant.

Partant de cette idée, ils divisent les séquelles en deux grandes classes. Celles survenant chez les enfants de 0 à 7 ans, se manifestant surtout par de l'arriération mentale ; et les séquelles chez des grands enfants où se montrent surtout des troubles du caractère.

D'après cet article, la question de l'Encéphalite Epidémique chez les enfants et plus particulièrement des séquelles, semblerait résolue. L'affection, surtout dans ses suites, revêt diverses formes, allant en partant des plus jeunes enfants aux plus âgés, de l'arriération mentale, c'est-à-dire, d'un trouble psychique accentué, à des troubles du sommeil très marqués (formes insomniques, inversion du rythme) et surtout à des modifications du caractère se traduisant par une tendance à l'agitation, aux cris, à la violence et à la méchanceté.

En avril 1923, le numéro du *Journal Médical* est consacré aux « formes prolongées » de l'Encéphalite Epidémique. Quelques articles ont été publiés ayant trait aux troubles psychiques chez l'enfant, dont celui du docteur Mlle Lévy (extrait de son ouvrage déjà

mentionné) et V. Tinel, sur « Syndromes névropathiques et Encéphalite Epidémique ».

En juin 1923, MM. les docteurs Gillot et Sarrouy présentent à la Société de Médecine d'Alger, les observations de deux enfants du service de Claude Bernard, ayant présenté des troubles démentiels accentués à la suite d'Encéphalite Epidémique.

Depuis cette date, quelques articles sont publiés au sujet de l'Encéphalite Epidémique chez l'enfant.

En septembre, le *Nourrisson* publie un article sur l'Encéphalite Epidémique chez le nourrisson et le nouveau-né, d'après les travaux récents.

Dans la *Gazette des Hôpitaux,* du 20 septembre 1923, paraît un article très intéressant sur les « Troubles moraux consécutifs à la névraxite épidémique », par Euzière et Blouquier de Claret, de Montpellier. Ces auteurs font une étude complète de l'intéressante question de « l'invalidité morale post-encéphalitique » et donnent quelques observations.

Le *Paris-Médical* du 20 octobre 1923, contient un article de Jean Camus et Noël Perron, sur la « Psychiatrie en 1923 », où les travaux de l'année sur les troubles psychiques de l'enfant sont signalés.

Enfin, dans les *Archives de Médecine des Enfants,* d'octobre 1923, paraît un article très documenté de R. Benon, sur la « manie chronique infantile post-encéphalopathique ».

Comme on le voit, les deux dernières années 1922 et 1923, ont été extrêmement fécondes en observations d'Encéphalite Epidémique chez les enfants, observations où les troubles psychiques plus ou moins mis en relief, sont décrits et discutés. De nombreux auteurs donnent diverses classifications, assez différentes les unes des autres. De ces classifications basées surtout sur l'âge ou sur la particularité de certains symptômes propres à l'enfant, quelle sera celle qui prévaudra ?

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Les observations que nous présentons, concernent des nourrissons et des enfants dont l'âge varie de 2 à 15 ans. Nous les avons recueillies dans le Service de M. le professeur Gillot, à l'Hôpital civil de Mustapha (salles Bouillaud et Claude Bernard. Consultation).

Les sept observations publiées ainsi, ont été prises au jour le jour.

Nous avons même suivi dans la mesure du possible les jeunes malades longtemps après leur séjour à l'hôpital ; quelques années, pour nombre d'entre eux, après l'éclosion des premiers troubles psychiques.

Dans la littérature médicale, nous avons également recueilli, brièvement rapportées, deux observations qui nous ont semblé intéressantes.

OBSERVATION I (Salle Bouillaud)

Henriette B..., 13 mois, entre le 29 janvier 1923, salle Bouillaud, dans le service de M. le professeur Gillot.

L'enfant est amenée parce qu'elle est somnolente depuis quelques jours et qu'elle a de la fièvre.

Elle n'a jamais été malade jusqu'à présent. Elle est née à terme, a été nourrie au sein exclusivement jusqu'à 11 mois, mais n'a jamais été bien réglée. Prend actuellement de petites purées tout en conservant le sein.

La mère est bien portante. A trois enfants. Le père est en bonne santé.

L'enfant a eu ses premières dents à 7 mois. A commencé à marcher à 9 mois. A commencé à parler il y a un mois environ.

Jusqu'à sa maladie actuelle, la jeune Henriette était très bien portante. Il y a vingt-cinq jours environ, elle a été prise subitement de somnolence à table, elle qui était auparavant très éveillée. Depuis, l'enfant sommeille continuellement, ne demandant jamais le sein, ne réclamant rien. Si la mère lui présente le sein, le le prend machinalement et tête endormie. La mère, effrayée, va consulter un médecin qui ordonne une potion.

Non contente de ce traitement la mère voit ensuite une femme indigène du quartier à qui on attribue des guérisons miraculeuses, et qui fait des pointes de feu à l'enfant sur l'abdomen et la région lombaire. Elle fait également deux petites incisions derrière l'oreille qui donnent issue à quelques gouttes de sang dont elle

lui badigeonne le front et le palais. Elle lui fait ensuite respirer un liquide jaune (dont on n'a pu obtenir le nom) qui fait éternuer l'enfant pendant un quart d'heure.

A la suite de ce traitement bizarre, l'enfant se réveille, s'amuse, marche pendant une demie journée, après quoi, le sommeil le reprend de nouveau. Elle a à cette époque un peu de fièvre. La température ne dépasse pas 39°. On note également du strabisme intermittent depuis le début de son affection.

A l'entrée, l'enfant est toujours endormie. Une ponction lombaire pratiquée à son arrivée, donne un liquide légèrement hypertendu, en jet. Pas d'albumine. Lymphocytose marquée. Pas de phénomènes convulsifs. Ni Kernig, ni raideur de la nuque. Pas d'inégalité pupillaire. Réflexes pupillaires normaux. Constipation.

Une ponction lombaire effectuée de nouveau le lendemain de son arrivée, donne un liquide céphalo-rachidien s'écoulant goutte à goutte avec lymphocytose abondante.

La réaction de Wassermann effectuée chez l'enfant et chez la mère reste négative.

La somnolence persiste toujours. L'enfant s'éveille cependant de temps en temps, mais presque aussitôt retombe dans une période de torpeur. Le regard est constamment vague. Elle ne parle pas, alors qu'elle articulait de nombreux mots. Elle ne marche pas non plus.

On ordonne à ce moment, des frictions mercurielles.

Le 1er février 1923, on ne note plus de température. La somnolence diminue sensiblement.

En juin 1923, nous revoyons la petite malade. Elle **ne marche toujours pas, et parle encore moins. A l'examen, rien de particulier à noter, à**

part une légère hypotonie des membres inférieurs surtout.

Au point de vue psychique, il y a manifestement régression des notions acquises antérieurement. Ce qui tend également à le démontrer, c'est que l'enfant (actuellement bien éveillée), quoique sevrée déjà depuis quelques mois, veut toujours têter. Elle pleure dès que sa mère la quitte ; et quand celle-ci la prend aux bras, la petite cherche aussitôt à lui prendre le sein. La mère s'y opposant, la petite Suzanne suce n'importe quelle région de la poitrine de celle-ci. La maman a, actuellement, de nombreuses marques de succion sur sa poitrine.

Désirant compléter l'examen de la petite malade, nous proposons à la mère de l'amener à l'hôpital. Mais elle s'y est toujours refusée.

Actuellement (novembre 1923), la petite va un peu mieux. Elle commence, ou plutôt, recommence à faire quelques pas. Mais elle ne parle encore pas. A peine peut-elle dire « maman ». Le tic de succion persiste toujours.

Comme on le voit, la petite B... a présenté nettement de l'encéphalite léthargique avec fièvre, léthargie persistante, strabisme. Après cet épisode aigu encéphalitique, pendant laquelle le nourrisson ne crie pas, ne tête pas, sont apparus des troubles psychiques caractérisés par une régression manifeste des notions acquises avant sa maladie. L'enfant commençait à parler : elle ne parle plus. Elle marchait : actuellement, elle ne peut plus se tenir sur ses jambes. Cette régression persiste encore. La petite commence cependant à marcher. Mais, quoique actuellement âgée de 2 ans, elle veut toujours têter. Elle se croit devenue nourrisson. La mère ferme son corsage, mais la petite le lui tire, suce gloutonnement ce qu'elle croit

être le sein maternel et qui est n'importe quelle région de la poitrine.

Là encore, régression psychique, arriération mentale. L'enfant semble cependant aller un peu mieux actuellement puisqu'elle commence à marcher. Elle est d'ailleurs plus éveillée, et reconnaît maintenant ses parents. Cependant, elle conserve le tic de succion.

OBSERVATION II (Salle Claude Bernard)

Joseph A..., 5 ans, entre à la salle Claude Bernard, le 1er avril 1923.

L'enfant avait été vu pour la première fois dans le service (consultation du Service de médecine infantile), le 26 août 1920, alors qu'il était âgé de 2 ans et demi. Ses parents l'amenaient parce qu'il était très faible et qu'il avait perdu l'appétit.

A cette époque, l'enfant n'avait encore jamais marché, mais il semblait qu'avant une broncho-pneumonie sans convulsion qu'il avait eu peu de temps avant sa visite et dont il était guéri, il se tenait mieux sur ses jambes et paraissait moins « flasque » qu'actuellement.

Il se tenait debout avec un appui L'enfant n'aurait jamais eu cependant de phénomènes paralytiques.

A l'examen fait par Mlle le docteur Attias, on constatait que l'enfant ne pouvait tenir sa tête droite, et que, lorsqu'on l'asseyait, il se laissait tomber de côté. On notait : « Scoliose Dorso lombaire avec légère lordose ».

L'enfant n'est plus revu après ce seul examen, lorsque le 3 mai 1923, par conséquent deux ans et demi après sa première visite, la mère le ramène à la Consultation médicale infantile, parce « qu'il ne marche plus » et qu'il présente de l'insomnie marquée le soir. On ordonne son hospitalisation salle Claude Bernard.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. L'enfant est né à terme. A été nourri exclusivement au sein jusqu'à 12 mois, date de son

sevrage. A eu ses premières dents à 8 mois. N'a jamais marché. A deux ans et demi, ne disait que quelques mots. Rougeole à 18 mois, compliquée de broncho-pneumonie.

A l'examen, enfant ayant conservé un bon état général. Quand il est seul, il est à peu près tranquille et reste immobile dans son lit. Mais l'approche d'une personne quelconque, le fait sortir de son apathie. Il se met alors à grimacer ou sourire, si la personne est connue de lui. Puis, il respire en produisant entre ses lèvres à moitié ouvertes, un sifflement bizarre, dans le genre de celui d'un chat qui veut effrayer son adversaire. Il est en même temps agité de quelques mouvements de ses membres supérieurs et inférieurs.

Motilité. — L'enfant, qui a 5 ans, n'a pas atteint le développement qui correspondrait à son âge. Les muscles ne sont pas atrophiés. La tonicité est diminuée. Pas de contracture, ni de Kernig.

La motilité volontaire est difficile à préciser à cause du mauvais vouloir de l'enfant. Cependant, on note une parésie légère aux membres inférieurs avec diminution de la force musculaire. La station debout est impossible, l'enfant plaçant aussitôt ses pieds en varus equin, ce qui a pour effet de lui faire perdre l'équilibre.

La coordination dans le mouvement est difficile à étudier, le petit malade étant très indocile. Il semble cependant que le mouvement de porter l'index de chaque main sur son nez soit bien exécuté, mieux cependant du côté droit que du gauche.

Aux membres inférieurs, le mouvement commandé se fait avec brusquerie et avec une grande amplitude.

L'incoordination est assez marquée.

Les réflexes patellaires et achilléens sont exagérés surtout à droite.

Une ponction lombaire a été impossible à faire le 18 avril. La pression lue au manimètre Claude, semble cependant assez élevée, autant qu'on peut le voir avec les cris que pousse l'enfant.

Le 18 mai 1923, on fait une autre ponction lombaire. La pression est de 35. Pas d'albumine. Pas de lymphocytose. Mais le chiffre de glucose est élevé. Il est de 1 gr. 10. Il y a donc hyperglycorrachie manifeste.

Cette hyperglycorrachie jointe à du strabisme convergent et à l'insomnie signalée par la mère, nous fait poser le diagnostic d'Encéphalite Epidémique avec syndrome de Little.

A cette époque, il semble que l'enfant articule mieux certains mots qu'il prononçait autrefois très difficilement. Cependant, le même sourire niais, la même face grimaçante accueille nos moindres mots. L'arriération mentale est, en somme, manifeste.

L'enfant reconnaît bien ses parents. Il témoigne une grande affection pour sa mère. L'intelligence est évidemment peu développée, autant qu'on peut s'en rendre compte par le langage mimique. A peine, en effet, peut-il reconnaître et désigner certains objets usuels dont on prononce le nom devant lui.

L'enfant est actuellement confiné au lit. Son état général est bon, mais aucune amélioration dans son psychisme. Il ne parle toujours pas. On note un peu d'écholalie.

Nous assistons, chez cet enfant, à des troubles de l'intelligence très marqués. Jusqu'à 2 ans et demi, cependant, avant même que l'on puisse parler d'Encéphalite Epidémique, l'enfant ne marchait pas. Ce retard de la marche semblerait dû à une hypotonie

des membres inférieurs avec lordose et scoliose dorso-lombaire. De plus, retard dans la parole. Peut-être doit-on incriminer à ce moment la broncho-pneumonie post-rubéolique qu'il a eue.

Après l'âge de 2 ans et demi, il semble aller mieux, avec cependant des périodes d'agitation suivies de somnolence.

Vers cette époque-là, doit se placer un épisode aigu encéphalitique passé inaperçu aux yeux de la mère et un début de syndrome de Little. Puis, les parents s'alarmant à la pensée que l'enfant ne parle pas ou « marmonne » à peine quelques mots, ramènent celui-ci à l'hôpital. Là, nous découvrons l'hyperglycorrachie signalée dans l'observation et qui dénoncerait nettement une Encéphalite ou plutôt une « séquelle » d'encéphalite.

Il y a arriération mentale chez cet enfant. L'affectivité est conservée. Mais les troubles de la parole sont extrêmement prononcés. A peine sait-il dire papa, maman. On note de l'agitation dès qu'on approche le malade. Enfin, il y a chez lui un tic respiratoire.

En résumé, arrêt de développement du langage et des facultés intellectuelles. Tics. Acheminement vers l'idiotie.

OBSERVATION III (Salle Claude Bernard)

Victor D..., 6 ans, entre le 14 mars 1922, à la salle Claude Bernard (ayant été vu préalablement à la Consultation médicale infantile) pour agitation.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier à signaler. La mère a eu 11 enfants. Le petit Victor est le dixième. Cinq enfants sont morts. L'aîné a été tué pendant la guerre. Les quatre autres seraient morts de méningite, l'un d'eux de méningite consécutive à une mastoïdite. Ces méningites survenues presque toutes vers quatre ou cinq ans, n'auraient été précédées d'aucun état pathologique.

Un des enfants actuellement vivant, a eu du purpura en bas âge.

L'enfant a eu la rougeole à deux ans, sans complications.

Depuis sept à huit mois, l'enfant, bien portant jusque là, manifeste de l'agitation continuelle. Cette agitation fut remarquée pour la première fois par sa maîtresse d'école, qui le signala à la mère du petit malade. Depuis, l'enfant remue sans cesse dans la journée. Il ne peut tenir en place. Il a parfois des mouvements brusques, qui ne cessent que si on ordonne impérieusement au petit malade de se tenir tranquille, pour recommencer d'ailleurs peu de temps après ces injonctions.

Aux heures des repas, l'enfant qui a un excellent appétit, paraît plutôt somnolent. Il mâche ses aliments presque inconsciemment, la tête penchée en avant.

Il arrive même que cette somnolence se change en un véritable sommeil. L'enfant, en avalant une bou-

chée avant même d'avoir remis sa cuiller en place, s'endort d'un sommeil profond dont il est très difficile de le sortir. Il se réveille cependant si on le secoue fortement, mais retombe aussitôt dans sa torpeur.

C'est surtout la nuit que se manifestent au maximum les troubles du sommeil. L'enfant semble d'abord s'endormir tranquillement, quand brusquement, au milieu de la nuit, il s'assoit sur son lit, relève fortement les draps, crie, chante, se tourne et se retourne, est pris d'agitation des membres, de tremblement. La crise dure quelquefois assez longtemps, puis l'enfant se réveille, se rapelant très bien ce qui s'st passé, mais ne peut plus se rendormir. Ces crises se renouvellent ainsi toutes les nuits.

L'intelligence est conservée chez lui. Son institutrice le considère même comme très intelligent, mais sa turbulence est telle qu'on a dû lui faire quitter l'école.

L'enfant présente, en outre de ces troubles, la particularité singulière de simuler la surdi-mutité. C'est ainsi que, le plus souvent, le soir, l'enfant va mendier de café en café.

De plus, quoiqu'encore assez affectueux avec sa mère, le petit Victor est devenu méchant vis à vis de ses camarades. Il les secoue souvent, les bat. Il a, dit sa mère, une véritable « passion » pour les chiens et les chats qu'il va chercher dans les rues et qu'il ramène chez lui.

A l'examen, l'enfant nous paraît bien constitué, sans aucun stigmate de dégénérescence. Il est éveillé, mais paraît continuellement instable et inquiet. Les nuits sont toujours très agitées.

Son intelligence est conservée. Il répond bien aux questions qu'on lui pose, mais après un moment d'hé-

sitation. D'ailleurs, l'attention est très diminuée chez lui.

L'enfant est très turbulent. Il ne peut tenir en place. Il parle sans cesse haut, sans être intimidé par l'entourage. Il pose des questions aux personnes qui l'approchent, questions souvent incohérentes. La mémoire est bien conservée. C'est ainsi qu'il se rappelle très bien les derniers moments de son père, décédé il y a deux ans. Il connaît la nom de ses instituteurs qu'il donne volontiers en décrivant avec force détail leur physionomie, leur caractère, en les insultant grossièrement si ces maîtres ne lui ont pas plu.

Il raisonne bien pour son âge.

20 mai 1922. — L'enfant est toujours agité. Il se sauve très souvent de la salle Claude Bernard pour aller dans les diverses salles de l'hôpital où il pénètre sans vergogne, pour réclamer des « sous » aux médecins et aux malades. Simuler la mendicité, paraît être une de ses grandes préoccupations.

L'examen du système nerveux révèle une réflectivité normale, avec cependant un peu d'exagération de réflexes rotuliens.

La sensibilité est normale.

Pas de Romberg. La marche est normale.

Pas de troubles sphinctériens.

Au point de vue de la motricité, l'enfant est sans cesse agité de mouvements, paraissant involontaires. Ces mouvements sont surtout marqués aux membres supérieurs. Aux membres inférieurs, ils sont brusques et amples, et n'offrent aucun caractère de fixité. Pas de mouvements anormaux au tronc, à l'abdomen, à la face.

L'enfant ne peut rester un temps assez long avec la langue hors de sa bouche.

Exécute assez bien le mouvement de se toucher le

nez. Rien à signaler au point de vue examen des autres appareils.

La même situation dure jusqu'en novembre 1922. L'enfant est toujours très turbulent, cherchant des disputes à ses camarades, les battant, criant quelquefois sans aucun motif et mendiant dès qu'il le peut.

Le 18 novembre, on note une déséquilibre mental persistant, peut-être même assez accentué et une légère tendance à la chorée. Un traitement bromuré associé à de l'extrait de corps thyroïde est institué, donnant d'assez bons résultats. L'enfant sort de l'hôpital.

Il n'est plus revu jusqu'au 18 mai 1923, date à laquelle désirant compléter ces observations, nous nous rendons chez lui. Nous trouvons l'enfant couché sur une natte, au pied d'un lit, attaché à ce lit à l'aide d'une solide chaîne. C'est seulement de cette façon, nous explique la mère, qu'elle peut tenir son fils. Et encore, ajoute-t-elle, il se sauve quelquefois.

C'est qu'en effet, l'enfant est toujours extrêmement agité, surtout la nuit. Malgré ses solides attaches, il s'agite, se débat, rejette ses draps, et dès qu'il est libre, sort de chez lui, va courir dans les rues et cafés avoisinants, où, simulant comme auparavant la surdi-mutité, il va mendier.

Ses fugues durent longtemps quelquefois ; souvent, des agents de police sont obligés de ramener l'enfant chez lui.

Les mouvements à tendance choréique ont complètement disparus. Actuellement, persiste seulement du strabisme qui date de la première manifestation encéphalitique, et de l'agitation, qui est continuelle.

L'enfant, interrogé sur ses fréquents réveils dans la nuit, prétend qu'ils sont dûs à des cauchemars terribles qu'il raconte d'une façon incohérente.

L'intelligence semble toujours assez bien conser-

vée. Il connaît le nom de sa rue, reconnaît sa mère, ses frères et sœurs dont il peut citer les noms.

25 mai. — L'enfant entre à l'hôpital, salle Claude Bernard. On essaie de faire une ponction lombaire. Mais son indocilité la rend impossible.

Un examen du fond d'œil est également impossible, l'enfant ne pouvant être examiné.

Le 2 juin, l'enfant réclame sa ponction lombaire, jurant qu'il sera sage. On essaie de la lui faire, mais son agitation est si grande, qu'on n'y réussit pas.

On la lui fait alors sous anesthésie.

La pression du liquide céphalo-rachidien est normale.

Le liquide examiné, ne décèle ni lymphocytose, ni albuminose. La teneur du sucre est normale : 0,42.

Durant tout son séjour à l'hôpital, l'enfant est toujours très turbulent. La nuit, il faut l'attacher sur son lit. Dans la journée, il fait souvent des fugues et mendie.

En somme, aucune amélioration.

L'enfant sort de Claude Bernard sur la demande de la sœur de la salle, qui estime cet enfant « impossible à garder ».

Le 26 octobre 1923, nous avons l'occasion de rencontrer notre petit malade vers 9 heures du soir, au coin d'une rue d'Alger, tendant les mains pour mendier. Dès qu'il nous aperçoit, il se sauve à perdre haleine, nous ayant reconnu.

Cette observation est typique et représente nettement la « forme insomnique » des auteurs, du moins au début de l'affection. Puis, par la suite, les troubles observés s'accentuent, traduisant chez notre petit malade un état démentiel manifeste.

En résumé, forme insomnique de l'Encéphalite Epidémique avec séquelles à forme de démence précoce.

OBSERVATION IV (Salle Claude *Bernard*)

Gilbert O..., 7 ans, entre le 3 mai 1923, à la salle Claude Bernard.

C'est le septième enfant d'une famille de huit. L'un d'eux est décédé à 19 mois, de méningite. Les autres, sont tous bien portants.

Le père a 46 ans, exerçant la profession de garde des eaux, est bien portant. La mère à 44 ans. Elle est paludéenne.

L'enfant est né à terme. Il a été nourri au sein jusqu'à l'âge de 13 mois, a commencé à marcher à 10 mois, à parler à 15 mois. N'a eu aucune maladie antérieure.

Son histoire est la suivante : Il y a un an environ, l'enfant qui, auparavant allait à l'école où il se maintenait dans la bonne moyenne, commence à présenter des troubles psychiques tels, que les parents sont obligés de le garder chez eux. Le petit Gilbert, en effet, sans aucune cause apparente, restait dans un coin de la salle dans laquelle il se trouvait, sans bouger, ni parler, pendant une demi-heure, parfois même pendant une heure.

Puis, comme sous le coup d'une impulsion, il se levait, courait, témoignait d'une bruyante gaîté, allait le plus souvent prendre une pioche appartenant à son père, et, muni de cet instrument, labourait en tous sens, à tort et à travers, le jardin potager entourant la maison paternelle.

En même temps, nous disent ses parents, « sa physionomie a changé ».

De plus, l'enfant qui, jusque-là, était très sage et

très docile, devient violent, brutal dans ses jeux avec ses petits camarades. Il ne semble, cependant, pas faire preuve de grande méchanceté.

Jusqu'au 15 janvier 1923, les parents ne signalent que ce changement brusque de caractère chez leur fils.

A cette date, se place un épisode fébrile avec phénomènes nerveux, qui décident les parents à montrer leur enfant à l'hôpital de Mustapha. Brusquement, en effet, le 15 janvier, l'enfant présente de la fièvre dans l'après-midi, l'obligeant à se coucher. Vers 22 heures, pendant son sommeil, il est pris de convulsions. La figure grimaçait, ses yeux étaient ouverts et révulsés. Le corps était en contraction. La bouche tordue avec un peu de bave aux lèvres. L'enfant était brûlant, nous racontent les parents. Cette crise dure une heure environ.

Le lendemain, le petit Gilbert est amené à la Consultation de chirurgie infantile, où on lui fait une ponction lombaire. Cette ponction donne les résultats suivants :

Wassermann négatif.
Faible dose d'albumine.
Lymphocytose très discrète.
Pas de bacille de Koch.

Retourné chez lui, les troubles psychiques s'accentuent de plus en plus. L'enfant a continuellement la bouche ouverte, il ronfle la nuit. Son caractère est toujours le même, et ses « fantaisies » continuent de plus belle.

De plus, l'enfant s'endort régulièrement après les repas, quelquefois même avant la fin des repas, le matin comme le soir. Il fait sa « sieste » jusqu'à 3 heures.

L'état général est toujours bon. L'appétit est revenu. Consultant de nouveau le Service médical infantile, l'hospitalisation est ordonnée.

A l'examen, on est frappé par le faciès du petit malade. La bouche est constamment ouverte, les yeux sont ternes, sans expression. L'enfant semble constamment obnubilé.

D'ailleurs, l'interrogatoire auquel nous le soumettons, confirme en tous points l'impression laissée par son faciès. L'enfant répond mal, en effet, aux questions qu'on lui pose. Il semble que les questions les plus élémentaires nécessitent un effort de compréhension extraordinaire. D'ailleurs, la plupart du temps, il ne comprend pas au premier abord, et il faut demander la même chose à plusieurs reprises, avant d'obtenir de lui une réponse qui n'est pas toujours exacte.

Il sait son nom, connaît tout juste son âge, mais se trompe souvent quand on lui demande où il habite. C'est ainsi qu'il prétend habiter Chebli, alors qu'en réalité, il habite Rovigo. Quelquefois d'ailleurs, il se souvient de l'endroit exact où il habite, mais si on lui persuade qu'il habite Chebli, il se laisse aisément convaincre. Si on demande au petit malade « combien il a de frères », ses réponses faites à différentes reprises sont très variées. Il dit quelquefois n'avoir qu'un frère dont on ne peut d'ailleurs lui faire dire le prénom. D'autres fois, il semble avoir des réminiscences, il reconnaît en avoir trois. En réalité, il a cinq frères et une sœur.

A peine sait-il où il est et reconnaît-il qui lui parle ! Mais qu'on lui demande depuis quand il est malade, et notre petit Gilbert est tout désemparé. Il répond au hasard, sans effort, qu'il serait d'ailleurs incapable de faire, au gré de sa fantaisie. Si on le persuade qu'il se trompe, il change ses réponses.

Il ne sait ni lire, ni écrire. Il ne sait pas reconnaître un cercle dans le tableau des « illettrés » qu'on lui présente. Aux questions qu'on lui pose sur l'ouverture du cercle du tableau, il répond invariablement « je ne sais pas », sans même regarder le tableau, ou le regardant à peine. On sent chez lui, une impossibilité manifeste de maintenir son attention sur un objet, plus de quelques secondes. Sollicité de répéter une fable de La Fontaine qu'il a appris à l'école, l'enfant en est totalement incapable.

Sortons cet enfant de la salle où il se trouve, et amenons-le dans une autre salle de l'hôpital ; si on lui dit de revenir seul dans la salle, il ne peut le faire. Il est absolument incapable de se diriger seul. Toute notion d'orientation semble avoir disparu chez lui. D'ailleurs, dans la salle même, il nous a été donné de le voir, après une visite, se lever de son lit pour aller prendre un objet que lui passait un de ses camarades placé en face de lui, et ne plus reconnaître son lit au retour, faisant le geste de monter sur le lit d'un petit malade voisin.

L'enfant garde volontiers le lit, bien qu'il puisse fort bien marcher. Il joue presque contre son gre avec ses petits camarades. Il faut souvent l'y forcer. D'ailleurs, joue-t-il, qu'il se prend presque aussitôt de querelle avec ses petits camarades. Il est cependant moins brutal qu'auparavant.

A l'examen du système nerveux, la tonicité et la motilité sont normales. Au point de vue « réflectivité », les réflexes patellaires et achilléens sont un peu exagérés.

Il n'y a ni Babinski, ni trépidation épileptoïde.

Tous les autres organes sont normaux.

Le 7 mai 1923, la réaction de Wassermann faite dans le sang, se montre négative.

Le 11 mai 1923, on fait une ponction lombaire qui donne les résultats suivants (Dr Thiodet) :

Wassermann négatif.
Cytologie est impossible à faire à cause de la présence du sang.
Sucre : 1 gr. 05 %.

Pendant les jours qui suivent jusqu'en juin 1923, date de sa sortie de l'hôpital, l'état psychique reste le même. Toujours même faciès. Les troubles de l'intelligence sont encore très marqués. Les troubles du caractère semblent moins accentués. C'est ainsi que le petit malade se montre moins brutal avec ses camarades. Mais l'inertie, l'apathie la plus complète subsistent, faisant du petit malade un être inutile, incapable même, quoiqu'ayant un excellent état général, d'aider au service de la salle.

Nous assistons chez ce petit malade, au début de son encéphalite, à un état délirant accentué. C'est ainsi que, sans raison aucune, il va labourer le jardin de son père.

En même temps, nous avons pu voir comme signe de début de l'infection encéphalitique, quelques troubles du caractère.

Par la suite, les facultés intellectuelles de O... régressent. Il y a de gros désordres du côté de l'orientation. L'enfant perd toutes notions d'espace. Il ne se retrouve plus, à quelque endroit que ce soit, même dans des lieux où il a l'habitude de séjourner.

L'intelligence diminue d'ailleurs, au fur et à mesure que l'offection évolue. Il y a régression psychique. L'enfant désapprend. Il est incapable de réciter une fable de La Fontaine qu'il savait très bien. L'attention est nulle ou à peu près. Il n'a jamais été possible de faire un examen de fond d'œil chez lui. La

mesure de l'acuité visuelle n'a pas pu être prise non plus.

Rien ne l'intéresse plus, de sa famille, de son milieu, de ses maîtres d'école. Toujours très apathique. Il semble que le malade éprouve une très grande difficulté à penser. Il y a chez lui de la bradythymie qui s'accentue de plus en plus, devient peu à peu de l'indifférence absolue. Volontiers, nous ferons de ce petit malade, un malade atteint, selon l'élégante expression de Revault d'Allones, de « viscosité mentale ».

En somme, troubles du caractère, état délirant au début. « Viscosité psychique ». Tendance à l'idiotie.

OBSERVATION V (Salle Claude *Bernard*)

L'enfant Marie P..., 10 ans, entre le 5 février 1920, salle Claude Bernard, pour troubles nerveux caractérisés par des tremblements.

Aucun antécédent héréditaire névropathique à signaler. L'enfant est née à terme. A été nourrie au sein jusqu'à 8 mois. S'est développée normalement. Va à l'école où elle est classée dans la bonne moyenne.

Jusqu'en février, l'enfant se portait très bien. Elle était cependant facilement « émotive », nous disent ses parents et aurait eu, il y a quelque temps, des mouvements désordonnés des mains. Quelques jours avant son entrée à l'hpital, la petite malade est prise de violentes douleurs abdominales. En même temps, elle présente des mouvements désordonnés arythmiques du tronc et des membres, surtout des membres inférieurs. Une fièvre s'installe. La température s'élève jusqu'à 39°6. L'enfant est prise de délires violents

Amenée à la Consultation médicale infantile, on ne constate ni Kernig, ni raideur de la nuque, ni vomissemenits, ni constipation. Mais il y a chez elle une diplopie marquée. La crise cesse. La petite Marie se porte bien pendant trois jours, après lesquels, elle présente une dyspnée intense, véritable accès de suffocation. On ordonne son entrée salle Claude Bernard.

A l'examen, la température est de 38°. La petite présente des mouvements des mains et des doigts désordonnés, arythmiques et de faible amplitude. Les mêmes mouvements se manifestent aux membres inférieurs. Ces mouvements sont continus. Cepen-

dant, par l'effort de sa volonté, la petite peut en diminuer l'intensité.

La démarche est incertaine.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. Mais ni Babinski, ni trépidation épileptoïde.

L'examen ophtalmologique fait à cette date, ne dénote ni troubles de la vision, ni paralysie des muscles de l'œil.

Le 13 février 1921, on fait une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien examiné, donne 0,25 d'albumine.

Le 25 février, une deuxième ponction lombaire est faite. L'examen du sucre dénote une hyperglycorrachie manifeste : 1 gr. 27.

Le séro-diagnostic fait quelques jours auparavant est négatif.

Le fond de l'œil est normal.

Au point de vue psychique : l'enfant dans un accès subit de colère a jeté, la veille, une assiette de soupe qu'on lui présentait. L'écriture est conservée. La parole est scandée. Les yeux deviennent vagues, inexpressifs.

Sort de Claude Bernard le 25 février, mais est revue à la Consultation médicale infantile.

Le 13 avril, la petite P..., présente toujours des mouvements athétosiques, mais, semble-t-il, moins accentués.

Le 15 mai : semble guérie. Ses parents la renvoient en classe, où elle travaille bien. Cependant, elle se sert mal de son membre supérieur gauche.

Examinée à la consultation, on note :

Adiadococinésie au membre supérieur gauche. Le regard est moins vague qu'auparavant. Mais la veille, dit la mère, l'enfant a été très agitée et a « beaucoup parlé », contre son habitude, sans cependant divaguer.

On traite à cette époque l'enfant au bromure de calcium qui semble ne donner aucun résultat.

Le 25 mai, l'intelligence de l'enfant est conservée. Mais la petite est devenue extrêmement loquace, surtout le soir. Cependant, on ne note pas d'incohérence dans le langage.

Catatonie de la main gauche.

Les mouvements choréiformes ont continué tout l'été, mais en diminuant d'intensité.

En octobre, l'enfant a pu retourner en classe. Mais il semble que le travail intellectuel exagère les phénomèns myocloniques.

Le 19 novembre, on ne note plus de mouvements myocloniques. Mais un grand changement s'est produit dans le psychisme de l'enfant, qui parle actuellement très difficilement. De temps en temps, quelques syllabes s'échappent de sa bouche. Puis, tout à coup, après une grande hésitation, elle a une précipitation de paroles. Dans la soirée, l'enfant jusqu'alors calme, devient très agitée. D'autre part, son caractère est devenu violent. Elle est maintenant turbulente.

Au début de l'année 1922, la petite Marie quitte Alger pour aller à Philippeville, chez sa grand-mère. Pendant quelque temps, elle reste calme, très sage. Il semble que les troubles psychiques aient régressé à cette époque. Mais ce calme ne dure pas. A l'occasion, semble-t-il, d'une émotion insignifiante (sa grand-mère l'aurait grondée), l'enfant devient extrêmement brutale, turbulente, agitée. Cette agitation coïncide avec divers troubles de la marche et s'accentue de jour en jour. Elle se manifeste surtout dans la soirée, car la petite passe le plus clair de ses journées à dormir. Le soir, elle est prise d'insomnie, crie souvent sans raison, tempête, a des cauchemars fréquents, et bat même quelquefois sa grand-mère.

Cette situation dure pendant plus d'un an.

En avril 1923, la petite est tellement agitée, que la grand-mère décide de l'envoyer à l'hôpital de Philippeville.

Le 5 juin 1923, M. le Médecin chef de l'hôpital de Philippeville, nous communique le bulletin suivant :

Etat général parfait. Troubles psychiques non améliorés. Crises de colère, obsession, agitation. Aucun trouble sensitif.

Le 20 octobre, l'enfant Marie P..., est admise à l'hospice d'incurables de Philippeville, son état s'étant encore aggravé.

Elle présente, nous dit le docteur Féraud, médecin de l'hospice, des troubles de la motilité des membres inférieurs, de l'incertitude de la marche et de l'atrophie musculaire.

Au point de vue psychique, toujours crises de colère violente, irritabilité. Elle bat les infirmières, les sœurs. Elle a des phobies. Cependant, la mémoire et l'intelligence ne paraissent pas atteintes.

On semble assister à une évolution lente, mais continue, de désordres cérébraux.

Encore une observation où les troubles du caractère prédominent au début, et vont en s'accentuant. Nous avons là un syndrome d'excitation cérébrale, avec agitation motrice, logorrhée, violence, colère.

Peut-être pourrait-on faire de cette petite malade à cause de la prédominance des troubles moteurs signalés, une « hébéphréno-catatonique » présentant des troubles démentiels.

En résumé, démence précoce, à type hébéphréno-catatonique.

OBSERVATION VI (Salle Claude Bernard)

Le jeune Édouard P..., entre en février 1920, salle Claude Bernard.

Aucun antécédent héréditaire à signaler, sauf une fausse couche naturelle de la mère, qui a eu cinq enfants, dont quatre bien portants. Père bien portant.

Il y a trois mois, au retour de l'école, l'enfant paraît abattu. Vingt-quatre heures après, l'enfant a du délire, une fièvre très élevée, une agitation très forte et des mouvements nerveux. Il y a, en même temps, altération psychique très marquée. L'enfant ne reconnaît pas sa mère et semble avoir des hallucinations visuelles.

Il n'y a pas eu de strabisme, ni diplopie, mais dès le début, les parents se sont aperçus que le regard était inexpressif. Pendant 25 jours, la température est restée élevée, évoluant aux environs de 40°. Pas de vomissements, pas de diarrhée, mais constipation. Depuis environ trois semaines, la température est tombée en lysis. Les mouvements avaient disparu il y a un mois, mais depuis quinze jours, ils ont réapparu. L'enfant paraît anxieux, présente des secousses électriques, véritables soubresauts tendineux. Les contractions brusques, involontaires, se répètent à intervalles variables.

Avant cet épisode aigu, l'enfant était très intelligent et travailleur. Son instituteur le considérait comme un des meilleurs élèves de sa classe et voulait même le pousser jusqu'au brevet.

Examen. — A l'entrée, température 37°4. L'enfant présente un regard vague, est angoissé, en proie à une hallucination continuelle.

Il hésite à parler, bégaye, mais reste très affectueux. Ne peut s'alimenter seul à cause de ses mouvements désordonnés. Rien dans les urines.

Séro-diagnostic négatif.

Réaction de Wassermann négative (25 février 1920).

Rien d'anormal au point de vue fond d'œil et réfraction.

Acuité visuelle normale. Champ visuel normal.

19 février 1920. — Présente actuellement devant nous de petits mouvements myocloniques des membres, ressemblant beaucoup plus à de petits mouvements convulsifs qu'aux mouvements désordonnés, amples, de la chorée. Au moment où la température est tombée, l'enfant a eu des douleurs le long de la colonne vertébrale et le long des épaules. Actuellement, n'a plus de douleurs.

A ce moment, on pose le diagnostic d'Encéphalite myoclonique, grâce aux éléments suivants :

1° Mouvements myocloniques, convulsifs (chorée électrique de Dubini), se succédant d'une façon désordonnée.

Siège : doigts, avant-bras et face ;

2° Douleurs vagues et multiples. Fièvre ;

3° Troubles psychiques très marqués, caractérisés par un état d'anxiété continuelle. (Setient à l'écart de ses camarades, parle souvent seul et sans suite.) Pas de troubles de l'affectivité.

Cependant, pas de troubles oculaires.

L'enfant est traité à l'antipyrine et à la liqueur de Pearson.

20 février 1920. — Réflexes rotuliens exagérés.

Ni Babinski, ni trépidation épileptoïde. Réflexes pupillaires normaux. Pas de paralysie oculaire.

23 février 1920. — Légère amélioration. Mouvements moins intenses. La nuit a été calme.

Ponction lombaire : Pas de lymphocytose ; albumine, 0.39 % ; urée, 0.27 %. Glucose : 0.39 %.

23 février 1920. — L'enfant est toujours agité par de petits mouvements convulsifs de la face et des membres, avec angoisse, soubresauts, agitation continuelle de doigts. Parle constamment seul et sans beaucoup de suite. Raconte ce qu'il a vu en classe.

Il est toujours apathique, restant dans un endroit à l'écart de tous les autres enfants, ne réclamant pas à manger. Les sentiments affectueux sont conservés. Se plaint de douleurs vagues, à localisations multiples, douleurs quelquefois aiguës et accompagnées de mouvements. L'enfant ne gâte pas sous lui. La mère est obligée de le faire uriner. Présente toujours quelque hésitation à parler. Il y a un léger bégaiement et un retard de la parole.

Pendant la période fébrile, l'enfant faisait les marionnettes.

5 mars 1920. — Enfant de plus en plus agité, angoissé. Mouvements incessants. Parole hésitante et un peu scandée.

Au plus fort de son agitation, prononce des paroles incohérentes, court, tape des pieds, pousse des cris perçants, montre du poing et effraye, à juste titre, son entourage. Il semble qu'il ait toujours des hallucinations.

10 mars 1920. — L'agitation est toujours très marquée. Pas d'adiadococinésie. Onirisme permanent. Parle constamment. Affectivité conservée. L'enfant est toujours angoissé, dyspnéique.

Liquide céphalo-rachidien : Pas de lymphocytose. Albumine : 0.21 %.

On fait à l'enfant une injection hypodermique de 1 cc. de son liquide céphalo-rachidien.

12 mars 1920. — Toujours même agitation. Les mouvements sont plus amples, d'allure choréique. En même temps, on note de la fièvre (38, 38.5) et agitation la nuit, avec insomnie persistante.

Lavement au chloral.

19 mars 1920. — Le lavement au chloral a fait du bien. L'enfant a dormi jusqu'à 10 heures, sans agitation.

3 mars 1920. — Les mouvements sont redevenus intenses. L'enfant a de la fièvre, évoluant entre 38 et 38.5.

Il est agité même la nuit.

Pas de paralysie oculaire.

L'enfant comprend bien. La parole est hésitante, spasmodique. Ne gâte pas sous lui.

Traitement au bromure.

29 mars 1920. — L'enfant est toujours très agité.

Ne parle pas. Aurait conservé toute sa lucidité d'après la mère.

Liquide céphalo-rachidien : glucose, 0.39.

8 avril 1920. — Va mieux. Moins d'agitation depuis trois jours.

14 avril 1920. — Les phénomènes choréiformes s'accentuent. Le regard est vague. La fièvre augmente. Les mouvements désordonnés atteignent tous les membres et la face. L'enfant s'alimente mal, mais ne gâte pas sous lui. Léger ptosis.

Pas de constipation.

L'injection de liquide céphalo-rachidien n'ayant donné aucun résultat, on injecte à l'enfant 10 cc. de sérum de petite convalescente.

L'enfant va mieux au point de vue agitation qui est moins intense.

22 avril 1920. — P... est amaigri considérablement. Mouvements choréiformes intenses. Reste très affectueux. (Pleure dès qu'il voit sa mère pleurer.)

18 mai 1920. — Va mieux. Est moins agité. A encore quelques mouvements choréiformes.

5 janvier 1921. — Date d'une deuxième rentrée à Claude Bernard ; on note (Dr Sarrouy) :

L'enfant est infirme et depuis longtemps déjà, malgré son âge (10 ans) on est obligé de le faire manger. Il ne parle pas avec ses petits camarades, il cause parfois tout seul quand il ne se sent pas observé. La mère prétend que l'enfant aurait conservé toute sa mémoire et toute sa lucidité d'esprit. Cependant, son faciès est inexpressif. Il ne dormirait pas la nuit, fait même sous lui. Il est agité. Est tombé de son lit la nuit dernière.

Aussi, bien souvent, au moment de la visite, il est assoupi.

Lorsque nous l'interrogeons, il répond à nos questions, mais subitement, il se met à nous raconter une histoire qui l'amuse beaucoup, mais qui n'est pas intelligible.

Système nerveux. — La motilité est bien conservée. Pas de paralysie, pas d'impotence fonctionnelle. Mais hypotonie très marquée des muscles des membres supérieurs.

La sensibilité tactile est conservée, de même que la sensibilité à la piqûre. On note pourtant une hypersensibilité de son membre inférieur gauche, surtout sur la face externe de la cuisse, au niveau de laquelle la moindre piqûre provoque de la part du malade une réaction très vive.

Pas de dissociation syringomyélique.

Réflexes tendino-osseux : patellaires : un peu vifs ; achilléens : normaux ; olécraniens et radiaux : brusques.

Réflexes cutanés : normaux.

Pas de Babinski. Le réflexe cutané plantaire provoque une vive réaction, surtout à gauche. Pas de

trépidation épileptoïde, ni de clonus de la rotule, qui a cependant tendance à se mettre en mouvement. Ebauche très légère de clonus des pieds. Pas de troubles trophiques. Pas de troubles des sphincters. Pas de troubles de la parole. Sens stéréognosique conservé. Pas de troubles de l'affectivité.

Cet enfant présente à cette époque, une série de mouvements désordonnés et de tics.

Ces mouvements désordonnés siègent au niveau des membres supérieurs surtout. Sans raison apparente, le bras ou l'avant-bras est animé d'un mouvement involontaire, sans but, ni oscillant, ni rythmé. Pas d'athétose.

Ces mouvements qui ne sont pas continuels, mais ont tendance à disparaître quand on observe le malade, siègent également au niveau des membres inférieurs et de la tête. Pas de troubles dans les mouvemnts volontaires, mais apathie très marquée pour les exécuter.

Tics. — L'enfant siffle sans raison pendant même qu'on l'interroge. Il fait du bruit avec sa bouche.

De façon continue, au niveau de la main droite, le médius chevauche sur l'index et le cinquième doigt sur l'annulaire.

Rien à noter du côté des appareils cardiaque, pulmonaire et digestif.

14 février 1921. — A suivi pendant un mois un traitement à la liqueur de Boudin.

La santé générale est bonne. L'enfant n'est plus pâle. Il a repris des couleurs. Cependant, du côté de son système nerveux, l'amélioration est très lente, quoique appréciable.

La période d'excitation si marquée le soir et pendant la nuit, diminue. Les nuits sont moins agitées, mais le sommeil n'est pas encore celui d'un enfant de son âge.

Pendant la journée, il conserve cette torpeur, cette hébétude si caractéristique. On l'asseoit sur une chaise, il s'endort profondément. Son intelligence travaille très peu, et pour employer l'expression de sa mère, « il est bête ».

Au point de vue des mouvements, il y a une amélioration. Ils sont très fréquents et moins intenses, mais ils conservent les mêmes caractères.

Les tics persistent.

26 mars 1921. — On cesse la paratoxine qui n'a pas donné plus de résultat que la liqueur de Boudin.

1er mai 1921. — Les mouvements myocloniques à allure choréiforme ont disparu progressivement.

Cependant, faciès arriéré. L'enfant ne présente plus de troubles de la parole. Tic des paupières (clignement). L'enfant présenterait des mouvements incoordonnés et inconscients avant de s'endormir.

Joue avec les autres enfants dans la journée.

Avant ces tics actuels, aurait eu celui de la succion

Ne réclame pas à s'alimenter et ne peut s'alimenter seul, à cause de ces tics.

N'a plus d'onirisme. Tics également pendant le sommeil.

3 mai 1921. —Etat général décline. Présente toujours de nombreux troubles, surtout de salivation et d'expectoration. Mouvements de déglutition incessants.

Son faciès tend à devenir celui d'un imbécile.

18 mai 1921. — Examen oculaire : Réflexes pupillaires normaux. Très légère inégalité pupillaire. (La pupille gauche est la plus grande.) Léger ptosis du côté droit. Fond d'œil normal.

15 mai 1923. — Nous avons pu revoir l'enfant qui est actuellement confiné au lit. La mère est obligée de le nourrir et quelquefois de le forcer à s'alimenter. L'enfant ne réclame jamais rien. Les membres supé-

rieurs et inférieurs sont constamment animés de mouvements plus amples et sont en flexion accentuée. Si l'on essaie de les mettre dans l'extension, on y parvient ; mais insensiblement, les membres reviennent dans leur position primitive. Il y a là, contrairement à ce qu'on avait observé au début de l'affection, un état de contracture marquée. Le faciès est caractéristique, hébété, inexpressif. La bouche est continuellement entr'ouverte. Un sourire béat vous accueille à votre arrivée. On a l'impression d'une déchéance intellectuelle très prononcée. Il semble que cet enfant s'achemine vers un état « d'idiotie complète ». Son intelligence est extrêmement amoindrie. Tout au plus, peut-on obtenir de lui quelque réponse sur son nom, son âge, l'endroit où il habite. Si l'on essaie de pousser plus loin ces questions, on se heurte au même faciès « hébété » animé de sourire, mais aucune réponse ne parvient. Quelquefois, cependant, il est plus loquace, mais ses paroles sont incohérentes et semblent la plupart du temps se rapporter à la période ou il allait en classe. C'est ainsi que ses parents ont pu comprendre dernièrement que l'enfant désirait faire l'élevage des vers à soie. Son père lui en a acheté, et depuis, il passe son temps à regarder les cocons qu'il a toujours près de lui (jour et nuit) et qu'il réclame dès qu'on les lui enlève.

20 juillet 1923. — On note pendant un court séjour à l'hôpital (salle Claude Bernard) : Contracture de tous les muscles, que l'on arrive à vaincre jusqu'à une position déterminée des membres.

La flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin est possible quoique plus limitée à gauche.

Les mouvements d'extension sont très limités.

Le pied droit est en varus equin.

Les réflexes sont exagérés partout.

Ni clonus de la rotule, ni trépidation épileptoïde.

Au point de vue appareil oculaire : léger nystagmus, de la diplopie. Pas de strabisme. Pas d'inégalité pupillaire.

Sudation abondante.

L'état psychique n'a toujours pas varié. Il se serait, au contraire, accentué. Le petit malade est maintenant complètement à la charge de ses parents, qui sont même obligés de le nourrir, l'enfant ne réclamant pas sa ration quotidienne. Toujours le même sourire ou rire quelquefois, sans aucune raison. Yeux inexpressifs. Incohérence absolue des rares paroles qu'il peut articuler. La mimique semble même faire défaut. Affectivité diminuée, alors qu'elle était plutôt exagérée au début.

L'observation de ce jeune P... est des plus intéressantes. Nous assistons, en effet, chez ce petit malade, à une évolution typique d'encéphalite épidémique.

C'est une forte fièvre avec agitation très marquée qui ouvre la scène. Puis, un état délirant remarquable par son caractère particulièrement grave, et qui va s'accentuant, à mesure que l'affection évolue.

L'enfant a des hallucinations visuelles le mettant souvent dans un état de fureur extrême (délire d'excitation). Puis, quelquefois, tout s'apaise et on assiste à un délire d'allure professionnel (se rapportant à l'époque où il allait à l'école). En même temps, mouvements d'allure choréique. En somme, agitation intense psycho-motrice.

Ensuite, des tics apparaissent plus intenses et plus marqués à mesure que l'intelligence, la mémoire et l'affectivité diminuent.

La déchéance intellectuelle s'accentue. Si bien que, trois ans après l'éclosion des premiers troubles encé

phalitiques, le malheureux enfant est atteint d'idiotie complète.

Il est curieux de noter dans cette observation les fréquentes rechutes dans le cours de la maladie, rechutes se manifestant chaque fois par un épisode fébrile très marqué.

A remarquer enfin qu'aucun traitement n'a pu arrêter l'évolution de l'Encéphalite Epidémique chez cet enfant.

OBSERVATION VII (Salle Claude Bernard)

Joseph D..., 14 ans, entre le 16 novembre 1919, à l'hôpital de Mustapha, salle Claude Bernard (après être passé à la Consultation médicale infantile), parce qu'il a mal aux yeux et qu'il est abattu depuis quelques jours.

Rien à signaler dans les antécédents.

Père actuellement bien portant. Bronchite en 1919.

Mère ayant eu neuf enfants à terme, dont trois décédés, un à 14 mois, du « carreau », le deuxième mort-né, le troisième, de broncho-pneumonie. Il reste six enfants bien portants.

L'enfant est né à terme. N'a jamais été malade avant l'affection actuelle.

Le jeune Joseph D... se sent fatigué depuis une quinzaine de jours, avec malaise, inapetence, et asthénie marquée.

Il y a quatre jours, en revenant de son travail (domestique dans une maison de commerce), il se sent brusquement faiblir, ne voit plus clair, et est obligé de s'aliter.

Céphalée intense. Fièvre.

Pas de diarrhée, ni vomissements.

Examen. — L'enfant présente un état de tuphos accentué. Il est somnolent. Température : 38.5.

Photophobie. Kernig léger.

Réflexes rotuliens abolis. Pas de Babinski, ni trépidation épileptoïde.

Réflexes pupillaires normaux.

Toux légère sans expectoration. Aucun signe stéthoscopique.

Pouls à 92. Cœur normal.

Langue saburrale. Pas de ballotement intestinal.

Une ponction lombaire donne un liquide clair, non hypertendu.

19 novembre 1919. — Somnolence persistante. Céphalée. Pas de constipation. Pas de paralysie. Pas de troubles sphinctériens.

Pupilles réagissent bien. Photophobie. Abolition des réflexes rotuliens.

20 novembre 1919. — On fait une ponction lombaire.

Liquide clair, non hypertendu, sans lymphocytose.

Le liquide est inoculé au cobaye.

24 novembre 1919. — Photophobie moindre. Kernig persistant. Pouls régulier.

26 novembre 1919. — L'enfant est plus éveillé. Pas de photophobie actuellement.

L'inoculation au cobaye est négative.

4 décembre 1919. — A demandé à manger le 2 décembre. Somnolence continue, sans symptômes nerveux. Raideur des membres et de la région cervicale. Céphalée très diminuée. Hémoculture négative.

13 décembre 1919. Céphalée moindre. Torpeur beaucoup moindre. Kernig accentué. Légère hyperesthésie cutanée. Photophobie.

15 décembre 1919. — Pouls très instable.

Torpeur moindre.

Du 18 novembre au 7 décembre, la température varie de 38 à 40° avec une moyenne de 38.5. Pupilles réagissent à la lumière. Kernig.

Plus de contraction des membres supérieurs. Réflexe rotulien existe à gauche, mais à peine perceptible à droite.

Le malade présente au niveau des régions fessières, des lésions trophiques, qui datent de huit jours après son entrée à l'hôpital.

A gauche, la peau a été simplement soulevée par une phlyctène. A droite, la lésion a mis à nu le derme. Les lésions sont bilatérales et symétriques.

De même, au niveau des deux oreilles, troubles trophiques.

Tous ces troubles semblent évoluer vers la guérison.

La guérison est obtenue fin décembre. Le malade sort de l'hôpital.

D... revient à la Consultation médicale infantile, le 28 février 1920. Il raconte qu'il s'endort pendant son travail. Il dormirait debout. Si on le réveille, il reste assoupi.

A l'examen ophtalmologique, on note :

Réflexes lumineux très paresseux.
Réflexes à la convergence conservés.
Fond d'œil paraît normal.
La papille de l'œil gauche est un peu floue sur le bord.
Pas d'œdème de la pupille.

Le petit malade accuse de la diplopie difficile à systématiser.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine, 0.24 % ; glucose, 0.79 %.

6 mars 1920. — L'enfant dort toujours de temps en temps (1/4 d'heure environ) d'un sommeil invincible.

Une ponction lombaire donne un liquide très hypertendu. Pas de lymphocytose. Pas de globules rouges.

L'examen ophtalmologique est normal.

13 mars 1920. — L'enfant dort toujours de temps en temps. Hospitalisation.

24 mars 1920. — L'enfant a fait un séjour à Claude Bernard où il n'a présenté aucun phénomène spécial. A été traité à la liqueur de Boudin.

31 mars 1920. — Va bien, mais présente quelques douleurs thoraciques.

1er mai 1920. — Il y a quelques jours, les phénomènes léthargiques réapparaissent, plus accentués qu'auparavant. L'enfant s'est endormi, après s'être sauvé de l'hôpital, dans la rue Marie-Lefèvre, à Alger, de 1 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Légère bronchite vers le 5 mai 1920.

15 juin 1920. — L'enfant s'endort quand il s'assoit. Léthargie intense. Rien de particulier jusqu'au 5 décembre 1920.

5 décembre 1920. — L'enfant tousse beaucoup. Rien à l'auscultation pulmonaire. Diarrhée abondante avec fièvre. Vomissements.

Paroi abdominale douloureuse au toucher.

Depuis le mois d'octobre 1920 jusqu'en juillet 1921, l'enfant qui a été guéri de sa petite affection intestinale signalée le 5 octobre 1920, ne présente rien de particulier. La léthargie a bien régressé, mais on ne peut cependant employer l'enfant dans une maison de commerce à cause d'une nonchalance, d'une apathie qu'il ne peut réussir à vaincre. C'est ainsi que comme chasseur dans un hôtel d'Alger, il bat le record de la durée dans les courses insignifiantes dont on le charge. Son père qui exerce le métier de peintre, finit par le prendre avec lui pour l'aider dans son travail.

En été 1921, vers le mois de juillet (le petit D... a alors 16 ans), brusquement l'enfant disparaît de chez lui. L'enquête faite pour le rechercher apprend aux parents que leur fils a pris clandestinement, dans le port d'Alger, un bateau à destination de Marseille. Huit jours après sa fugue, d'ailleurs, les parents reçoivent une lettre de lui, annonçant qu'il se trouve à Marseille, sans aucune ressource.

Trouvé quelques jours après, endormi dans une rue de la ville, l'enfant est amené dans un hôpital de Marseille d'où, des troubles psychiques se manifestant bruyamment, on le dirige quelque temps après sur l'asile Saint-Pierre, à Marseille, où il est interné.

Depuis, les parents ne reçoivent de nouvelles que par le bulletin de santé envoyé par le médecin-chef de l'asile.

En décembre 1921, on note : Etat mental défavorable : perversions instinctives multiples. Santé physique passable.

Le 27 décembre 1922, Joseph D... est à peu près dans le même état d'excitation avec instincts vicieux et érotiques.

La santé générale reste satisfaisante.

Le 4 juin 1922. Etat physique bon. Le malade s'alimente bien et n'a pas de maladie intercurrente. Son état mental ne s'est pas beaucoup modifié depuis février 1922.

Jusqu'au mois d'août 1922, le jeune Joseph D... n'écrit pas à ses parents. En août, ceux-ci reçoivent une lettre écrite assez bien, sans trop de désordre, mais avec quelque répétition. Cette lettre offre, d'autre part, cette particularité curieuse de contenir en deuxième page, des dessins probablement vus dans les journaux illustrés, et reproduits dans cette lettre on ne sait pourquoi. C'est ainsi qu'on y voit « Lady Wilson », le « clown Boby » et « Charlot » du cinéma, tous ces dessins étant d'ailleurs exécutés avec une assez grande sûreté de main.

Décembre 1922. — Aucun changement dans l'état du malade.

Février 1923. — Toujours désordonné. A eu un fort rhume ces jours-ci.

29 mai 1923. Sur notre demande, le médecin-chef de l'asile Saint-Pierre nous envoie le bulletin de santé suivant :

D... se comporte en débile mental et débile moral. Des signes de dégénérescence existent. Les instincts pervers se traduisent par des hétéro-accusations fréquentes, du mensonge.

Les réactions sont : violences, cris, jets d'ustensiles, déchirement de la lingerie, etc...

A son arrivée ici, le jeune anormal réalisait volontiers des sursimulations diverses : résolution musculaire persévérée, sommeil simulé. Il avoua alors avoir intriqué des accidents simulés et des accidents vrais (spécialement des accidents épileptiformes).

Entre temps, le jeune D... envoie des lettres. La lettre du 5 mars 1923, à peu près normale, contient comme la précédente, deux dessins, « une sarigue » et « un chinois ».

Une lettre datée du 6 mai 1923 semblerait dénoter chez D... un peu de délire mystique. L'enfant détaille, en effet, à plaisir, des prières qu'il disait tous les jours.

Vous savais que sai le mois de Marie vous savai moi je recite 30 prières par jour et 10 neuvaine et vous savais que chacune de ses 30 prière contien 13 petite prière la 1re le Je vous s lue Marie la 2e le Notre père, etc...

Cette dernière osbervation est surtout remarquable par les « séquelles » de l'encéphalite épidémique.

Pendant l'évolution de la maladie, la somnolence, puis, plus tard, la léthargie complète sont à noter. L'enfant s'endort debout, dans la rue, n'importe où. Puis, il guérit, mais reste très apatique. Il ne peut pas travailler.

Là-dessus, une fugue. Le jeune D... part à Marseille. Recueilli dans cette ville, les troubles mentaux qui, jusque-là, n'avaient pas été notés, apparaissent. L'enfant est interné. A l'asile Saint-Pierre, il a des per-

versions. Présente des périodes d'excitation avec instincts érotiques.

Puis, aux troubles moraux qui sont très-accentués chez lui, s'associent des troubles mentaux qui se remarquent même dans ses lettres.

En somme, démence précoce.

OBSERVATION (résumée)

(Euzière et Blovquier de Claret, *Gazette des Hôpitaux*)

Le jeune Auguste R..., âgé de 12 ans, est admis à la clinique de neurologie de l'hôpital général (Montpellier), avec le certificat médical suivant : « Cet enfant est atteint de déséquilibre mental avec irritabilité, impulsions au vol et doit être placé dans un service spécial ».

Il est impossible de retrouver dans les antécédents héréditaires de ce malade, des cas d'aliénation mentale. La mère est morte jeune, à 36 ans, de pneumonie. Le père et les deux frères, sont bien portants.

Dans les antécédents personnels, on apprend que l'enfant est né à terme, a eu une rougeole suivie de coqueluche à 30 mois, et, en 1920, à l'âge de 9 ans, pendant un court laps de temps, une quinzaine environ, de l'ensommeillement, du strabisme, après quoi sont apparus des mouvements choréiformes.

Tout avait l'air d'être rentré dans l'ordre lorsque, au début de l'année 1921, on s'est aperçu que le jeune R... présentait des troubles du caractère qui sont allés en s'accentuant depuis lors.

A l'examen psychique, l'intelligence est normale, vive même pour un enfant de cet âge. La mémoire est conservée et l'affectivité paraît exister indemne. Mais là où l'être moral du malade est profondément troublé, c'est dans l'hypertrophie des mauvais instincts.

Le jeune Auguste R..., depuis sa névraxite épidémique, est devenu un instable pervers. Il applique son

intelligence à mal faire. C'est pour cette cause qu'il a été renvoyé de tous les établissements scolaires.

Ce qui domine chez cet enfant c'est, tout d'abord, une tendance nette aux revendications. Il trouve toujours qu'on s'occupe trop des autres et pas assez de lui ; puis, on constate que le mensonge est chose naturelle chez lui. Voleur, le jeune R... l'est au maximum. Il vole pour le plaisir de le faire, mais son intelligence lui fait chercher des ruses pour amener les soupçons sur d'autres que lui et, lorsqu'il est pris en flagrant délit, trouver des excuses.

Il présente aussi des impulsions et des fugues qui l'ont fait s'évader de tous les établissements où il a été mis jusqu'à ce jour. C'est ainsi que, des environs de Lyon, R... est revenu à pied, mendiant et volant jusque chez sa tante, à Montpellier. Il y a peu de jours encore, profitant d'un moment d'inattention, ce malade s'est enfui, sautant le mur d'enceinte et courant tout d'une traite se réfugier dans un wagon de marchandises où il a été repris.

La taquinerie et la méchanceté sont habituelles chez lui. C'est ainsi qu'il pince, mord ou bat les malades paralysés sans défense et lorsqu'un épileptique présente une crise, sous prétexte de lui porter secours, l'enfant le bat, prend une pierre pour lui frapper la tête, lui met la main devant la bouche pour l'empêcher de respirer.

Malgré son jeune âge, Auguste R... est un excité génésique qui se masturbe ou cherche à pratiquer des attouchements sur les autres malades du service.

Lorsqu'on essaie par la persuasion, ou en faisant appel à son bon cœur, de lui montrer combien coupable est sa conduite, le petit malade a l'air d'être contrit ou repentant, il pleure même bruyamment, mais recommence aussitôt qu'on a tourné le dos.

La seule chose qui fasse rester cet enfant tranquille un certain laps de temps, c'est lorsqu'un malade, plus fort que lui, agacé, lui donne une correction.

Avant d'entrer à l'hôpital, le jeune R... était la terreur du quartier où il habitait. Il n'y avait pas de jour où les voisins ne fussent obligés de se plaindre à la police pour des méfaits plus ou moins graves commis par lui.

OBSERVATION (résumée)

(André Collin et Jeanne Réquin, *Archives de Médecine des Enfants*)

Le cas de Ferdinand D..., 12 ans 1/2, nous paraît réunir le maximum des symptômes caractéristiques des psychopathies post-encéphalitiques.

En janvier 1921, il a souffert d'une encéphalite épidémique qui a été diagnostiquée et soignée à l'hôpital Pasteur.

L'encéphalite guérit au bout de quelques semaines.

En septembre, se produisirent des modifications dans son caractère : il s'énervait facilement et pleurait beaucoup, sans raison, parce que « ça n'allait pas ».

D'octobre à décembre, nouvelle aggravation : il dormait le jour et avait de l'insomnie la nuit.

Il devint gourmand, chipa de la confiture, mangea gloutonnement des bonbons, alors qu'auparavant, il gardait longtemps les friandises qu'on lui donnait En outre, il avait envie de tout ce qu'il voyait : c'étaient des désirs impératifs qui ne duraient pas.

En décembre, il retourna à l'école, mais il s'endormait pendant la classe et ses camarades se moquaient de lui. Alors son caractère s'aigrit ; il resta dans un coin, trouvant les autres enfants trop bruyants, fatigants. Il cessa d'aller à l'école en janvier 1922 ; il était si fatigué qu'il pleurait tous les matins quand on le réveillait ; il ne se sentait bien que dans son lit.

A partir de mars 1922, des symptômes nouveaux apparurent ; il devint coléreux et méchant : il bat-

tait ses frères, voulait tuer un enfant pour avoir touché à sa balle, faisait des scènes à tout propos. Agité, il ne pouvait tenir en place, devait se lever pendant les repas, entrer et sortir pour calmer son énervement.

Parce que ces parents, croyant l'avoir trop gâté pendant sa maladie, le traitèrent avec quelque sévérité, il eut des crises de larmes et prit son père en aversion ; il se plaignit au commissariat de police qu'on le rendait très malheureux chez lui, qu'on le battait. De juillet à octobre, ses colères vont en augmentant et ses actes deviennent de plus en plus insensés.

Un jour, il veut battre sa mère parce qu'elle lui refus de l'argent pour acheter des bonbons. Il prend l'argent dans sa tirelire, sort pour acheter les bonbons, rentre sans avoir rien acheté, veut sortir à nouveau et, comme on l'en empêche, cherche à saisir un couteau pour se tuer. Un autre jour, il désire jouer du violon avec son frère, et comme il ne réussit pas à son gré, il se met en colère, menace tout le monde ; sa mère et son frère sont obligés de s'enfermer pour échapper à ses coups.

En tramway, il donne brusquement un coup de pied à sa mère et lui demande les billets, elle les refuse ; il les lui prend au moment où le contrôleur passe. Il ne se rappelle ces scènes que confusément.

On a essayé, en septembre, de le placer sous surveillance, aux environs de Paris ; il s'est sauvé des deux pensions où on l'avait placé. Comme ses violences constituent un danger pour les siens, on se décide à l'interner ; il est envoyé à Sainte-Anne, en octobre 1922.

La mère insiste sur ce fait qu'avant l'encéphalite, Fernand était très gentil, doux, obéissant, travailleur à l'école (quinzième sur 45 en moyenne).

CHAPITRE II

Description des troubles psychiques Leur place dans la symptomatologie.

La symptomatologie de l'Encéphalite Epidémique est très riche et très variée. Nous sommes loin actuellement du tableau clinique restreint qu'en avait tracé Netter en 1918.

De tous ces symptômes, les troubles psychiques avec leurs diverses modalités n'ont pas été suffisamment mis en relief, surtout chez l'adulte, du moins jusqu'en 1922, où la question est à l'ordre du jour.

Et cependant, dès 1917, l'importance des manifestations psychiques observées avait été telle dans certains cas, que quelques auteurs avaient distingué une forme mentale de l'Encéphalite Epidémique (Cruchet 1917, Ardin-Delteil, Raynaud et Derrieu 1918).

Chez l'enfant, dès l'apparition de l'Encéphalite Epidémique, les divers troubles psychopathiques observés sont tels que les auteurs les signalent dans leurs publications. Comby, dès 1900, avant même que le nom d'Encéphalite Léthargique soit entré dans la littérature médicale, décrit des observations d'enfants où les troubles psychiques abondent.. Mai, ces troubles ne semblent pas assez mis en lumière. Leur polymorphisme ne ressort pas suffisamment des publications.

Il nous faut l'ouvrage de Mlle le Docteur Lévy a la Salpétrière, le XXVI[e] Congrès des Aliénistes et, plus près de nous, l'article des « Archives de Médecine des Enfants », de André Collin et Jeanne Requin, pour avoir une étude détaillée des troubles psychiques observés et une classification de ces troubles.

Et pourtant, chez l'enfant, à l'occasion, peut-on dire, de chaque cas d'Encéphalite Epidémique, c'est comme une éclosion de psychoses diverses : syndromes confusionnels, troubles psychasthéniques avec phobies multiples, modifications importantes de caractère... Leur fréquence est déconcertante.

La place que ces troubles occupent dans la symptomatologie de l'affection est capitale : tellement que beaucoup d'enfants chez qui le diagnostic d'Encéphalite Epidémique a été finalement posé, ont été amenés à l'Hôpital parce qu'ils avaient « changés », qu'ils présentaient des « bizarreries ».

Il est même vraiment remarquable de constater dans nombre de cas, l'effacement, voire l'absence des symptômes cardinaux de l'affection, alors que les manifestations psychiques occupent le tout premier plan.

Et cette place éminemment capitale des troubles psychiques dans le tableau clinique de l'Encéphalite Epidémique de l'enfant, s'accentue le plus souvent au fur et à mesure que l'affection se dessine. Même terminée par une guérison plus ou moins réelle, le virus encéphalitique se manifeste encore par son action sur les zones intellectuelles ; et nous avons les « manifestations tardives », les « Séquelles ».

C'est d'ailleurs surtout sur ces « Séquelles » que l'attention de nombreux pédiatres est attirée. La désolante chronicité de ces troubles survenant quel-

quefois longtemps après un épisode aigu encéphalitique frappe grandement les auteurs. Comby, Briand et Yves Porcher, Truelle et Petit, Mlle Lévy, André Collin et Jeanne Requin, en France ; Wieland, Hofstadt, à l'étranger, font de nombreuses publications à ce sujet.

Ce sont ces différents troubles psychiques que nous nous proposons d'étudier successivement en commençant par les plus habituels, donc les plus fréquents.

I. — TROUBLES DU SOMMEIL

Nous avons tenu à classer les troubles du sommeil parmi les troubles psychiques, le sommeil pathologique constituant l'équivalent d'une véritable psychose « entraînant à sa suite des pertubations de l'activité cérébrale supérieure ».

Les troubles du sommeil sont ceux qui ont le plus frappé les observateurs. Von Economo dénomme l'affection « Encéphalite Léthargique » et prétend même que la somnolence ne manque jamais. Chez l'enfant, cette certitude est quelquefois en défaut.

Si la léthargie, en effet, est un trouble que nous rencontrons très souvent dans les observations d'enfant, l'insomnie existe aussi ; tellement, que Sicard, dans sa description de l'Encéphalite myoclonique, dit en propres termes : « Dans les formes intégrales, l'insomnie est la règle » ; et que Mlle Lévy distingue chez l'enfant, non pas une forme léthargique, mais une forme insomnique de l'affection.

La léthargie se manifeste par une tendance invincible au sommeil. Les petits malades dont nous donnons les observations, ont presque tous présenté ce symptôme léthargique au début. Mais ce symptôme a été plus ou moins marqué, et nous assistons chez eux à toute la gamme léthargique, depuis le

sommeil profond et continuel jusqu'à la simple somnolence à peine marquée.

Chez le nourrisson de l'observation I, par exemple, la léthargie est le symptôme capital. A table, brusquement, la petite B... a été prise d'un sommeil invincible qui dure déjà depuis 25 jours, quand la mère la présente à la Clinique médicale infantile. Les agissements et le traitement bizarre d'une sorcière indigène la fait sortir pendant une demi-journée de sa léthargie, mais l'enfant y retombe aussitôt. Nourrie au sein, elle ne le réclame jamais, et si la mère insiste pour le lui faire prendre, elle tête machinalement, tout en étant endormie. Chez elle, la léthargie fait faire le diagnostic d'Encéphalite Léthargique. D'ailleurs, ce symptôme disparaît après un mois environ, aussi brusquement qu'il était apparu.

Ce qu'il y a de particulier chez ce nourrisson, c'est qu'à la fin de sa léthargie, on assiste à une régression nette et même à une perte des notions acquises par lui avant son affection. L'enfant, qui commençait à parler et à marcher ne parle ni ne marche plus. Cette régression dure d'ailleurs, et l'année suivante, nous ne constatons qu'une légère amélioration.

Chez le petit Gilbert O..., de l'observation IV, par contre, la léthargie est bien moins accentuée. L'enfant est pris de sommeil simplement après le repas. Il fait une « sieste » jusqu'à 3 heures de l'après-midi. D'ailleurs, cet état somnolent coïncide ou est même postérieur à des troubles du caractère et de l'intelligence qui, eux, constituent les prodromes de l'affection encéphalitique. L'enfant est devenu violent, impulsif. Il a déjà une certaine lenteur d'évocation, de l'obtusion intellectuelle.

Plus tard, dans le Service médical infantile, il est constamment au lit.

Le petit D..., lui, présente une forme insomnique. Mais il y a somnolence dans la journée, qui se manifeste le plus souvent à table, où quelquefois l'enfant s'endort, la cuiller à la bouche.

La léthargie chez ce petit malade, n'était cependant pas poussée aussi loin que ce jeune garçon atteint d'encéphalite épidémique à forme parkinsonnienne, observé par M. le Professeur Moussous, de Bordeaux. Cet enfant affectionnait particulièrement les pruneaux. Avec satisfaction, venant d'être réveillé, il en prenait un dans sa main et le portait à sa bouche. Le temps très court qu'il faut pour l'exécution de ce mouvement, était suffisant pour laisser fuir le désir : l'enfant était déjà rendormi avant que le pruneau eut atteint ses lèvres.

C'est qu'en effet, si on tire ces jeunes enfants de leur torpeur, ils se rendorment presque immédiatement, et ne semblent jamais sortir complètement de leur sommeil.

D'ailleurs, souvent ils s'endorment n'importe où et dans n'importe quelle position, même debout (malade du Dr Krauss).

Notre petit malade de l'observation VII s'endort toute une après-midi dans une rue d'Alger. Il s'est endormi une fois à la maison de commerce où il travaillait, la main sur le loquet de la porte, prêt à sortir du local où il se trouvait. Vient-on à l'interroger pendant son sommeil, il répond brièvement, par phrases entrecoupées, souvent incohérentes. Il marmonne quelquefois entre ses dents des paroles inintelligibles, pressé qu'il est par le besoin irrésistible de dormir.

Mais la léthargie, comme le dit justement Comby, ne doit pas être considérée comme pathognomonique de l'Encéphalite Epdémique chez l'enfant. Souvent, elle manque. Quelquefois elle alterne avec une insomnie importante.

Enfin, une insomnie rebelle peut être le premier signe d'invasion d'une Encéphalite Epidémique.

D'ailleurs, cette insomnie peut se continuer à la période d'état, et même dans les « manifestations tardives » de l'Encéphalite Epidémique, de telle sorte que Mlle Lévy, en 1922 a pu distinguer une forme insomnique de la maladie « qui a fourni depuis deux ans un contingent notable de malades tout à fait particuliers aux asiles d'enfants. »

De nombreux auteurs signalent cette particularité des troubles du sommeil chez l'enfant. En France, MM. Jelma et Hanns ; MM. Mouriquand, Lamy, Martine, MM. Pehu et Bonafé citent des formes insomniques. A l'étranger, de Lisi, dans *Il Policlinico,* signale une forme avec somnambulisme. Gasbarrini et Guido-Salla, Mingazzini donnent des observations d'enfants avec troubles insomniques marqués. Hofstadt décrit des « formes spéciales des troubles du sommeil » : « agitation continuelle pendant la nuit avec soubresauts, grimaces, cris, rires ». Progulski et Grobel décrivent des formes noctambuliques avec « délire, verbigération, chants, rires ». Fletcher et Rolleston donnent des formes analogues.

Tous ces auteurs s'accordent pour insister particulièrement sur l'insomnie nocturne de l'enfant avec excitation psycho-motrice, et somnolence diurne.

D'ailleurs, deux cas peuvent se présenter (Mlle Lévy) : ou il y a retard de l'heure du sommeil et l'enfant ne s'endort que vers le milieu de la nuit (1 ou 2 heures du matin) après avoir été très agité ; où il y a une véritable inversion du rythme du sommeil l'enfant ne dormant pas de la nuit.

Chez le jeune G..., de l'observation III, c'est l'agitation psycho-motrice nocturne qui domine la scène. Elle marque d'ailleurs le début de l'affection. A ce

moment, l'enfant est excessivement agité, se lève, crie, en même temps que ses membres sont animés de tremblement. Puis l'enfant peut arriver à se rendormir, mais difficilement. Nous avons du retard de l'heure du sommeil. A mesure que la maladie se dessine, le sommeil nocturne disparaît et nous arrivons peu à peu à une véritable inversion du rythme du sommeil. L'enfant ne dort plus. Bien qu'attaché avec une chaîne chez lui, il se lève brusquement, retourne ses oreillers, tire ses draps, crie, chante, fait des grimaces, lance des mots orduriers, a des tremblements, s'agite frénétiquement, s'habille s'il est déshabillé. S'il réussit à se détacher, il court alors à toute allure dans la maison, cherche la porte, l'ouvre et se précipite dans la rue où, stimulant la surdi-mutité, il mendie de café en café. Souvent des agents de police sont obligés de le ramener chez lui. On assiste en somme chez lui à une forme insomnique pure avec troubles démentiels. Nous y reviendrons dans un autre chapitre.

Chez le malade de notre observation IV on assiste aussi, au début de l'affection, à de l'insomnie partielle, mais avec phénomènes de somnambulisme. L'enfant se lève brusquement, s'habille, prend une pioche et va labourer à tort et à travers le jardin potager de ses parents.

La petite P..., de notre observation V, s'agite dans la soirée seulement. Il n'y a pas somnolence diurne, mais il y a nettement retard et irrégularité du sommeil. Il semble que la tombée de la nuit ait une influence désastreuse sur le psychisme de notre petite malade. Vers 7 heures, en effet, alors que le plus souvent, elle a été tout à fait normale dans la journée, la petite s'agite, crie, hurle, a de la logorrhée, en même temps qu'elle est prise de violents mouvements choréiques. Si on la presse

de dormir, elle y consent, mais l'insomnie est irrésistible. Elle se lève bientôt et recommence la scène.

Le lendemain tout redevient normal. L'enfant reprend son caractère calme, docile, va à l'école où elle est très bien notée. Cet état ne dure d'ailleurs pas. Bientôt une somnolence diurne s'installe, légère. Puis la turbulence de l'enfant devient telle qu'il faut l'interner.

Le petit malade de l'observation VI nous donne un exemple typique d'insomnie avec onirodynies. C'est en général dans la soirée que ce petit malade s'agite, crie, veut battre son entourage. On le sent en proie à des hallucinations visuelles terribles.

Cet état hallucinatoire est fréquent chez lui, et se renouvelle à chaque poussée d'encéphalité.

Dans les formes insomniques de l'enfant les troubles respiratoires sont très fréquents. On observe le plus souvent de la polypnée, de la tendance aux soupirs, à la respiration périodique.

Souvent aussi, des tics coïncident avec les troubles du sommeil. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'en reparler dans un autre chapitre.

Enfin des phénomènes de collectionnisme ont même été observés. C'est ainsi que Goldflam cite le cas d'un enfant à intellectualité intacte, qui cache dans la journée, sous clef, des petits bouts de papier, des miettes de pain, des épluchures de fruit, des petits bouts de bois et autres objets futiles, qu'il a péniblement amassés pendant ses nuits d'insomnie.

D'ailleurs, s'il fallait donner des exemples d'insomnie chez l'enfant, ce sont toutes les observations d'Encéphalite Epidémique qu'il faudrait citer, car dans toutes, ce symptôme se manifeste, plus ou moins accentué.

Il est à remarquer, comme nous l'avons déjà cité plus haut à propos d'une observation, que

l'onirisme est de règle dans tous ces états léthargiques, de même que des hallucinations auditives et visuelles. Marcel Briand et Fribourg Blanc, à la Société de psychiatrie, signalent même l'importance de l'onirisme comme signe de début, dans le diagnostic d'Encéphalite Epidémique.

II. -- TROUBLES DE L'INTELLIGENCE

Très fréquents sont ces troubles de l'intelligence au cours ou à la suite de l'Encéphalite Epidémique chez l'enfant. Aussi prennent-ils la deuxième place de notre classification.

Que ce soit l'arriération mentale manifeste de notre petit nourrisson de l'observation I, l'idiotie incomplète vers laquelle tend A..., de l'observation II, l'idiotie complète d'O... (observation IV) et de P..., âgé de 10 ans (observation VI), toujours l'intelligence de ces petits malades a été dès l'abord fortement amoindrie. Puis la déchéance intellectuelle s'est accentuée. Et, sans espoir de guérison, on a assisté chez eux à la mort de tout sentiment, à l'anéantissement définitif de toute faculté d'intelligence, d'attention.

L'habitus extérieur a changé chez eux. Tel le petit P... (observation VI), âgé de 10 ans, autrefois beau petit, intelligent, travailleur, puisque toujours classé premier à l'école ; et qui, maintenant, a une physionomie hébétée, sans aucune expression, un éternel sourire niais entr'ouvrant ses lèvres comme pour accentuer encore l'impression désastreuse de sa déchéance. Le petit A... (observation I) est lui aussi tout grimaçant. O... (observation IV) a constamment la bouche entr'ouverte, le faciès inexpressif.

Tous ces malheureux sont profondément atteint dans leur psychisme. Dès l'épisode aigu, primitif,

le virus a exercé son action sur les centres nerveux. Du reste, un auteur écossais, le Dr H.-J. Watt, étudiant spécialement les effets de l'encéphalite épidémique sur l'intelligence de l'enfant, a pu s'assurer que l'intelligence était amoindrie chez tous.

Nous retrouvons toute la gamme des troubles de l'intelligence chez nos petits malades. La petite B... (observation I) a été atteinte d'Encéphalite Epidémique en février 1923, à 13 mois. Avant la maladie, elle marchait et elle commençait à dire « papa, maman ». Revue quelques mois après sa guérison, l'enfant a une régression psychique très marquée. Elle ne marche plus, elle ne sait plus rien dire, et quoiqu'âgée actuellement de près de 2 ans, elle veut encore têter. Elle suce gloutonnement ce qu'elle croit être le sein de sa mère. On assiste chez elle à une rétrocession nette et continue de notions éducatives acquises et à l'apparition d'un tic de succion remarquable.

C'est, à notre avis, une des rares observations de nourrisson présentant des troubles psychiques post-encéphaliques. Toutes les observations publiées dans la littérature médicale, concernent des nourrissons morts des suites d'Encéphalite Epidémique (Mercier, Andrieux et Mlle Bonnaud, Marinesco, Harris, Bignan, Jorge, Hallé, Hirsch, Batten et Still) ou guéris complètement (un cas de Netter). Seul, Comby, vers 1904, par conséquent bien avant l'apparition de l'Encéphalite Epidémique, signale l'apparition de troubles intellectuels chez un garçon de 10 ans, ayant eu, à l'âge de 9 mois, une affection encéphalitique (température, convulsions, état comateux sans raideur de la nuque).

Depuis 1917, date d'apparition de l'Encéphalite Epidémique, nôtre observation est la seule concernant des « Séquelles » psychiques d'Encéphalite Epidémique chez un nourrisson.

Le petit A... (observation II) présente aussi de l'arriération mentale. Il est vrai que chez lui, il y a eu dans les antécédents une rougeole compliquée de broncho-pneumonie qui a pu l'empêcher d'acquérir les notions éducatives les plus élémentaires. Mais cette régression psychique s'est accentuée. Après une névraxite épidémique, l'enfant, âgé de 5 ans, a un faciès caractéristique d'arriéré mental avec sa face grimaçante, son sourire niais, sa physionomie hébétée. Il a un tic respiratoire très accentué qu'on pourrait appeler tic de soufflement et qu'on ne saurait mieux comparer au cri d'un chat qui veut effrayer un adversaire. Enfin, sa déchéance intellectuelle se complète par des troubles du langage très prononcé. L'enfant n'est pas plus avancé qu'à 2 ans où ses seuls mots prononcés à peu près correctement sont « papa, maman ». Là se borne d'ailleurs son vocabulaire.

Ces troubles de langage sont très importants pour confirmer le diagnostic d'idiotie au début. R. Benon a pu dire à ce propos que l'idiotie était moins une maladie de l'intelligence qu'une maladie du langage : C'est une « aphasie post-encéphalitique ». Et, de fait, chez notre petit A... il y a arrêt de développement du langage, et, consécutivement, arrêt de développement des facultés intellectuelles.

Chez le petit O... (observation IV), on voit aussi nettement quelle régression a subi la fonction du langage. L'enfant parlait bien, allait à l'école. Puis l'Encéphalite Epidémique est survenue, et presque aussitôt après, les fonctions intellectuelles ont été atteintes. O... ne parle plus maintenant que par monosyllabes. A peine peut-il répondre « oui » « non » quand on l'interroge. Ses réponses d'ailleurs sont incohérentes, il les dit au hasard de sa faible imagination.

De plus, aucun sentiment ne se manifeste chez

lui. Il n'a plus les notions d'étendue et d'espace. C'est ainsi qu'il ne reconnaît jamais sa salle à l'hôpital, même pas son lit ! La mémoire, le jugement, le raisonnement sont très amoindris, pour ne pas dire inexistants. Enfin, il a une apathie formidable quoique pouvant fort bien marcher. O... resterait constamment couché, si on ne le sortait pas de son lit. Il est atteint, selon la classification de Hutinel et Babomeix, d' « idiotie à forme anergétique ».

Que dire du malheureux P... (observation VI) que nous avons pu suivre presque au jour le jour, depuis février 1920. P... était intelligent, travailleur. Son faciès caractéristique actuel, son langage nul ou à peu près, la déchéance complète et navrante de toutes ses facultés intellectuelles, même son absence d'affectivité, « sa manie chronique » (R. Benon), ses tics multiples, en font maintenant le type de « l'idiot complet », de Bourneville.

Et cette déchéance est arrivée peu à peu, après un épisode aigu encéphalitique où un état confuso-onirique avec troubles moteurs accentués (mouvements choréiques) prédominait. Cet état s'est aggravé. L'agitation a disparu et fait place maintenant chez P... à une forme anergétique d'idiotie.

Toutes ces observations montrent combien fréquents sont les troubles de l'intelligence post-encéphalitiques. Faut-il voir dans cette fréquence, une virulence particulière du microbe de Harvier et Levaditi sur les centres nerveux, en particulier, sur les centres du langage ? Y a-t-il chez nos débiles mentaux un terrain particulièrement préparé, par une hérédité chargée, à recevoir l'atteinte du virus ? Ces deux raisons sont valables. Nous aurons l'occasion d'y revenir !

Les observations des troubles intellectuels observés comme séquelles d'Encéphalite Epidémique abondent d'ailleurs dans la littérature médicale.

Comby décrit, dès 1904, des cas d'arriération mentale chez une fillette de 4 ans, de déficit intellectuel chez un garçon de 5 ans.

En 1921 le même auteur disait, à propos d'excitation cérébrale observée chez des enfants : « Un degré de plus, et nous avons l'arriération mentale et toutes les formes de déficit intellectuel jusqu'à l'idiotie complète. »

Paterson et Spence, en Angleterre, observant 25 séquelles d'Encéphalite Epidémique chez l'enfant, notent 18 séquelles, dont 7 idiots, où aucune amélioration n'est à espérer, et 11 autres présentant des troubles mentaux divers allant de l'imbécillité à un déficit intellectuel plus prononcé.

Hamel et Merland citent le cas d'une fillette de 7 ans 1/2 ayant présenté un affaiblissement intellectuel accusé. « Il y a chez elle, disent ces auteurs, non seulement impossibilité d'acquisitions nouvelles, mais rétrocession des notions éducatives, et réapparition des instincts les plus primitifs.

Apert, Robert Broca et Chabannier présentent des enfants avec « faciès figé, sourire niais ».

André Collin et Jeanne Requin donnent de nombreuses observations de troubles de l'intelligence post-encéphalitique, allant de l'arriération mentale jusqu'à l'idiotie complète.

III. — TROUBLES DU CARACTÈRE

Nous aurions voulu associer dans un même chapitre, les troubles de l'intelligence et du caractère. Ces troubles se montrent, en effet, aussi fréquemment ; souvent même, ils sont associés.

Cependant dans nos observations, il nous a semblé que, si les troubles de l'intelligence entraient pour une bonne part dans la série des troubles psychiques observés, les troubles du caractère, eux,

étaient la règle, sauf pourtant, chez les nourrissons et les tous jeunes enfants.

Ces faits sembleraient cadrer avec les idées d'André Collin et Jeanne Requin qui classent les troubles psychiques d'après l'âge des enfants.

Chez les jeunes enfants de 0 à 7 ans, disent ces auteurs, les lésions encéphalitiques frappent le système nerveux avant qu'il n'ait atteint son complet développement. Aussi, les troubles psychiques se traduisent-ils le plus souvent par de l'arriération mentale.

Chez les grand enfants de 7 à 17 ans, ajoutent-ils, les troubles correspondent à une autre étape de l'évolution psychique de l'enfant ; ils se manifestent par des modifications du caractère.

Pareille classification ne peut être absolue.

Les auteurs d'ailleurs le reconnaissent bien, puisque, disent-ils, « l'âge seul ne conditionne pas la forme des manifestations morbides ; et la région de l'encéphale qui est lésée par la maladie, joue le rôle essentiel dans la détermination des phénomènes pathologiques ».

De sorte, que nous ne saurions admettre cette classification. D'autant plus, que nous ne nous sommes pas contentés, dans notre ouvrage, d'étudier comme les auteurs sus-mentionnés, uniquement les troubles psychiques dans les « séquelles » d'Encéphalite Epidémique ; nous avons envisagé ces troubles pendant toutes les périodes de la maladie.

Nous donnerons donc aux troubles du caractère, la troisième place de notre classification.

Il est d'ailleurs à remarquer que les troubles ont pu être observés chez un de nos malades âgé de moins de 7 ans.

Si, en effet, notre petit nourrisson de l'observation I, présente une régression psychique, si chez notre petit A..., de l'observation II, il y a arriéra-

tion intellectuelle, il n'en est pas de même chez tous les autres enfants où les troubles du caractère prédominent.

Notre jeune D..., 6 ans (observation III), présente comme symptômes précurseurs d'Encéphalite Epidémique, un changement net de caractère. Calme auparavant, il devient turbulent, agité. Il se querelle avec ses petits camarades, mais son intelligence est normale. Ces troubles se manifestent encore pendant l'affection et s'accentuent après.

Le petit O..., 7 ans (observation IV), voit aussi l'éclosion de son Encéphalite Epidémique se faire par des troubles marqués du caractère. Il devient méchant, turbulent, brutal avec ses amis. Il se bat pour un rien. Ces troubles continuent par la suite, mais moins accentués, les troubles de l'intelligence prédominant.

Chez nos grands enfants, mêmes manifestations plus accentuées pour certains.

P..., de l'observation VI, a des troubles du caractère, surtout au début de son Encéphalite Epidémique. A la tête de sa classe avant son affection, très bien noté par ses professeurs, l'enfant devient tout à coup paresseux, indiscipliné, turbulent, en proie souvent à des accès de colère subite.

Le jeune D... n'a pas de troubles du caractère au début de son affection. Par la suite, s'installent des troubles bien marqués.

L'observation de la petite P... (observation V) est remarquable par la place qu'y prennent les troubles du caractère. Toute son affection se manifeste par ces troubles. L'enfant habituellement très douce, devient franchement méchante, ne craignant pas de battre ses petites camarades et même sa grand-mère, criant, gesticulant, faisant des farces stupides.

Ainsi donc, les troubles du caractère se montrent dans nos observations aussi bien comme symptô-

mes précurseurs que comme manifestations de la maladie. Leur fréquence est aussi très grande dans les « séquelles ».

Dans tous les cas, les enfants deviennent nerveux irritables. Ils sont presque toujours taquins, tapageurs, querelleurs, souvent méchants.

La paresse et l'indiscipline ne manquent presque jamais chez eux.

Si nous voulions illustrer d'autres exemples, notre description des troubles du caractère, c'est, sans exagération, presque toutes les observations publiées sur l'Encéphalite Epidémique de l'enfant qu'il faudrait donner.

Chez les petits atteints d'Encéphalite Epidémique, les troubles du caractère prédominent. Tous les auteurs signalent cette fréquence. Briand et Ch. Reboul-Lachaux citent des cas d'enfants devenus « pervers, irritables, mythomanes, instables et malfaisants ». Roubinovitch, Robin, Petit, en France ; Francioni, Fiore, Pfanndler à l'étranger donnent des observations analogues.

D'ailleurs, ces troubles du caractère deviennent quelquefois très accusés, tellement que l'enfant doit être interné. C'est le cas du petit D... qui, sous le coup d'une impulsion brusque, part un jour d'Alger pour Marseille où on l'interne quelques jours après. Ces fugues diverses se rencontrent souvent dans l'Encéphalite Epidémique, se renouvelant parfois même à intervalles réguliers. C'est ainsi que toutes les 3 à 4 semaines un enfant de 14 ans cherche à voler une bicyclette, et, s'il réussit, pédale jusqu'à la ville voisine et la vend pour se payer le cirque ou le cinéma.

La petite P..., de notre observation V, a des crises formidables de violence, pendant lesquelles elle hurle, se précipite vers les personnes à qui elle en veut, même sa grand-mère, casse les objets qui se

trouvent à portée de sa main. Ces crises deviennent si vives que l'internement finit par s'imposer chez elle.

Chez d'autres enfants, ce sont des impulsions morbides, de la kleptomanie, de la pyromanie. Un enfant de 15 ans a plusieurs fois tenté de mettre le feu aux rideaux ; un autre présente des impulsions d'auto-mutilation.

Mais dans tous ces derniers cas, nous confinons nettement aux troubles démentiels. Les troubles du caractère chez eux deviennent, en effet, d'une telle intensité qu'un état démentiel se dessine faisant souvent de l'enfant un être dangereux ou insociable, qu'il faut interner.

D'ailleurs, il faut remarquer que le plus souvent, ces troubles du caractère apparaissent dans les formes insomniques de l'Encéphalite Epidémique, pendant la nuit, au moment où l'agitation excito-motrice de l'enfant est à son comble. C'est surtout sous forme de crises qu'ils se montrent alors.

Ces crises prennent quelquefois l'aspect de délire onirique s'accompagnant de peurs, de cris violents. On sent que l'enfant est en proie à des hallucinations (observation VI). Parfois même (de Lisi), on voit de véritables crises de somnambulisme se manifester.

Dans ces crises-là, apparaissant comme des équivalents d'états léthargiques, on peut se demander comme le dit si justement V. Tinel dans le *Journal Médical Français,* si tous ces actes ne sont pas exécutés dans un demi-sommeil.

Nous aurons l'occasion d'y revenir dans le chapitre des troubles démentiels, ces crises en effet, évoquant singulièrement dans la plupart des cas, la démence précoce, quelquefois la « manie chronique ».

Nous ne saurions cependant terminer ce chapitre

sans mentionner une série de troubles qui trouvent leur place ici, plutôt que parmi les troubles démentiels. Nous voulons parler des troubles moraux.

Ces troubles occupent un rang important dans la série des manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique. Le professeur Euzière de Montpellier, les considère comme les plus fréquents parmi les séquelles. Deux de ses élèves traitent d'ailleurs ce sujet dans leurs thèses inaugurales : (Blouquier de Claret en 1921, et Kostitch en 1923).

Dans la littérature médicale, Briand, Reboul-Lachaux, Truelle et Petit, Hamel et Merland, Roubinovitch, Baruck et Bariety, en France, Franklin G. Ebauch, en Amérique, Bonhoeffer en Allemagne, font des publications sur ces troubles.

Qu'est-ce que cette « folie morale » ? Roques de Fursac la définit « Un ensemble d'anomalies psychiques d'ordre moral qui, en dehors de tout état de faiblesse intellectuelle évidente, rendent le sujet inadaptable aux conditions imposées par les lois naturelles et sociables. »

Et, de fait, ainsi se présentent beaucoup de petits malades ayant des séquelles d'encéphalite épidémique. Ils deviennent des « invalides moraux », ainsi que les dénomment Euzière et Mairet. « Invalides moraux acquis », disent ces auteurs, c'est-à-dire tarés moraux par atteinte des centres nerveux, par opposition aux invalides moraux congénitaux, les seuls connus jusqu'à l'apparition de l'encéphalite épidémique dans la littérature médicale.

Marcel Briand et Ch. Reboul-Lachaux entrevoyaient d'ailleurs en décembre 1921 une folie morale acquise. Présentant, en effet, six malades de 10 à 15 ans, ils disent : « Ces enfants ont, avec les petits débiles à instincts pervers congénitaux, une telle ressemblance, qu'on les confondrait, si l'on ignorait que le début des troubles est relative-

ment récent, et secondaire à une attaque d'encéphalite épidémique.

Ces petits malheureux sont intelligents, souvent même assez vifs d'esprit. Mais ils sont immoraux, paresseux, turbulents, inaffectifs, ne pouvant séjourner dans les milieux sociaux. Sujets à des impulsions perverses, ils peuvent commettre les pires méfaits. Enfin, ils sont atteints d'excitation génésique extrême, provoquant des actes homosexuels, de l'onanisme.

Tous ces troubles survenant le plus souvent vers l'époque pubérale, s'accentuent à la longue, si bien que la séquestration des petits malades à l'Asile finit par s'imposer.

Certains des malades de nos observations rentrent bien dans cette catégorie d' « invalides moraux ».

L'un d'eux est même interné. C'est le petit D..., de l'observation VIII, recueilli dans une rue au cours d'une fugue (car ces déséquilibrés sont souvent des fugueurs), à Marseille.

Ce malade est un menteur, lançant souvent de fausses accusations dans son entourage, battant les sœurs, les infirmières. Il a des périodes de grande excitation au cours desquelles il crie, gesticule, déchire son linge. Il présente des instincts vicieux et érotiques. Son affectivité, quoique paraissant intacte dans quelques-uns de ses lettres, est notablement émoussée.

On pourrait en faire — les troubles moraux étant très accusés, — un « invalide moral », pur ; mais, ses facultés intellectuelles amoindries, son langage, ses écrits quelque peu incohérents, donnent l'impression d'un aliéné complet, d'un « dément précoce ». Aussi, le classerons-nous dans cette dernière catégorie.

D'ailleurs, une particularité à remarquer, c'est

que souvent, ces petits malades ne sont pas susceptibles d'être toujours internés. Ils vivent en marge de la société, constituent quelquefois une grosse charge pour la famille, mais peuvent continuer à évoluer dans leur milieu ordinaire.

Bien plus, « invalide moral » est le petit D..., de l'observation III. Celui-ci n'est pas interné. Les troubles moraux chez lui se retrouvent au maximum. C'est un « anti-social ».

Depuis longtemps déjà, on ne peut plus l'accepter à l école à cause d'une turbulence inouïe. Il est violent, méchant, avec ses camarades, les bat pour un rien. Rien ne l'intimide. Aucune promesse de punition n'a le don de l'émouvoir. Il continue de plus belle, après les observations qu'on lui fait, la série de ses farces, de ses fugues, de ses simulations.

C'est surtout vers la soirée que son instabilité, son agitation psycho-motrice est à son comble. Couché et attaché le plus souvent, il se lève, se débat comme un malheureux, malgré les objurgations de ses parents, tire ses draps, les déchire quelquefois, se détache. Puis, aussitôt libre, il court en tous sens, finit par trouver la porte de la rue, et sortir de chez lui. Car c'est un simulateur, et non des moindres. Il va, en effet, mendier dans les rues d'Alger en simulant la surdi-mutité, bien que tout à fait normal.

Avec cela, très intelligent, mais ayant une affectivité amoindrie. Chez lui l'excitation génésique ne se manifeste pas trop. Cependant, il a une « passion » pour les animaux, dont il encombre souvent l'appartement de ses parents.

Le petit R..., de l'observation du Dr Euzière, résumée dans notre thèse, est très suggestive. C'est un instable pervers. Il a une tendance aux revendications. Il vole, présente des impulsions et des fugues. Enfin, bien qu'âgé de 12 ans, c'est un excité

génésique qui se masturbe ou cherche à pratiquer des attouchements sur les autres malades du service.

L'excitation génésique est à son comble dans une observation rapportée également par le Dr Euzière. C'est une jeune fille qui « masturbe son jeune frère âgé de 13 ans et veut avoir des rapports sexuels avec lui. Elle se livre également à des attouchements suspects avec les divers animaux qu'elle rencontre. »

Ce qui domine chez ces petits tarés, ce sont ces tendances perverses, ces instincts vicieux qui en font des êtres immoraux.

Dès le début de ces manifestations psychiques ces malades font le désespoir de leurs parents, par leur manque d'affection, leur méchanceté, leur violence. Ils sont de plus instables, menteurs turbulents et paresseux, tellement qu'on ne peut les garder à l'école.

Quelquefois, ils deviennent dangereux : une petite malade de 11 ans (Dr Euzière), au cours d'une crise de colère, s'arme d'un couteau et en frappe sa mère !

Il faut alors les interner.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'intelligence des « invalides moraux » est en général conservée, souvent vive. Aussi peut-on se demander pourquoi ils deviennent « anti-sociaux ». Chez eux, en effet, la notion du bien et du mal est connue ! Pourquoi n'est-elle pas mise en pratique ?

C'est que, semble-t-il, le plus souvent, ils ne le peuvent pas, bien que conscients de leurs fautes. Ces enfants voudraient redevenir normaux, mais les instincts vicieux, les tendances perverses sont les plus forts. Les malades, très faibles de volonté, (ce qui est un des signes caractéristiques de leurs

troubles), ne peuvent résister, et ils se laissent aller à leurs mauvais penchants.

Ainsi donc, les troubles moraux associés à des modifications profondes du caractère, nous semblent très fréquents dans l'encéphalite épidémique. Si, ainsi que le disent André Collin et Jeanne Requin, c'est surtout chez les enfants de plus de 7 ans qu'on observe ces cas d'invalidité morale, il nous a été donné de l'observer chez le jeune D... (observation III), âgé de 6 ans.

IV. — TROUBLES DÉMENTIELS

Dans ce chapitre, nous avons voulu faire une distinction nette entre les troubles moraux et les troubles démentiels, dont le plus communément observé est la démence précoce.

Les « invalides moraux », en effet, bien qu'atteints très souvent des mêmes troubles que certains déments précoces, diffèrent pourtant quelque peu de ces derniers.

Dans les deux cas, on peut observer les mêmes perversions, les mêmes fugues, les mêmes impulsions, les mêmes instincts érotiques, rencontrés si souvent chez les encéphalitiques. Mais, tandis que les « invalides moraux » conservent l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, les déments précoces voient leur intelligence très souvent diminuée ; il y a chez eux un amoindrissement du jugement, du raisonnement.

L'absence d'affectivité est également plus marquée chez les déments précoces.

En un mot, le dément précoce représente le malade qu'il faut interner, « l'aliéné » dans le sens le plus complet de ce mot, et même, ajouterons-nous, l'aliéné définitif.

Depuis longtemps déjà, Comby avait vu que les troubles démentiels pouvaient constituer des Sé-

quelles d'Encéphalite Epidémique, puisqu'il disait, avant l'épidémie de 1918 : « Un état convulsif ou comateux, suivi de guérison, pourra laisser une lésion cachée qui, plus tard se dénoncera par l'épilepsie, une psychopathie, la démence précoce. »

Aussi, la démence précoce est le trouble observé le plus couramment. C'est donc, surtout de cet état démentiel, que nous nous occuperons dans ce chapitre.

Avant d'aborder les troubles à forme de démence précoce, nous parlerons de cet état particulier observé chez quelques malades, dont la démence précoce ne serait, pour Régis, que la terminaison, et qui constitue la « confusion mentale ».

Cet état nous semble être à sa place dans ce chapitre, puisque nous avons pu l'observer chez un de nos malades, qui, plus tard, a évolué nettement vers la démence précoce (observation V).

Cependant, nous avons pu également constater de l'idiotie complète post-confusionnelle (observation VI).

Aussi, pourrons-nous penser avec G. Deny que « loin d'être la terminaison à longue échéance d'une confusion mentale qui n'a pas guéri, la démence précoce est toujours une affection primitive, au cours de laquelle peut survenir un état plus ou moins accusé de confusion, mais seulement et uniquement à titre d'épisode initial ou intercurrent. »

Le petit P... (observation VI) a présenté nettement un syndrome confuso-onirique au début de son affection. L'enfant a été plongé dans un état de torpeur continuelle. Il parle souvent seul, est anxieux, extrêmement émotif. D'un tempérament ordinairement apathique, l'enfant brusquement en proie à des hallucinations visuelles, le plus souvent terribles, se lève, court, tape des pieds, bouscule tout son entourage, crie et prononce des paroles

incohérentes où on comprend quelquefois le récit de certains faits se rapportant à la période où il allait à l'école (délire professionnel).

La jeune P... (observation V) a eu aussi au début de l'éclosion de ses troubles psychiques, une période de torpeur intellectuelle très marquée, alors que normalement, son intelligence était vive. Puis, à cette torpeur, faisait souvent suite, du fait d'hallucinations, une agitation extraordinaire, avec logorrhée. Quelquefois, l'enfant devenait d'une violence inouïe. Plus tard, l'internement s'est imposé chez elle, l'affection évoluant nettement vers la démence précoce.

Ces deux malades ont donc présenté comme début des troubles psychiques, de la confusion mentale délirante, du « délire onirique » de Régis.

Nombreuses sont les observations où des auteurs ont remarqué cet état confusionnel comme séquelles d'encéphalite épidémique.

Pehu et Bonafé, A. Marie et Parant, en particulier, donnent des observations intéressantes.

Cependant, si la confusion mentale représente assez souvent un épisode post-encéphalitique, cet épisode est de courte durée. Quelque temps après, le petit malade a des troubles plus accentués atteignant gravement et irrémédiablement son psychisme. C'est surtout de la démence précoce qu'il s'agit.

Beaucoup d'auteurs ont signalé cette démence précoce. Nous avons déjà cité Comby. Paul Chavigny et Eugène Gelma, de Strasbourg, au XI[e] Congrès de Médecine, en 1921, décrivent des troubles démentiels : « Amnésie lacunaire, disent-ils, faux souvenirs, récits inexacts, fabulations... »

Lesné, Marcel Briand et Porcher, Marcel Briand et Reboul-Lachaux décrivent également des états vésaniques à type de démence précoce. Mlle Lévy,

Henri Collin et G. Robin, Capgras et Reboul-Lachaux en France, Hulner, Westphall, Hofstadt, à l'étranger, donnent des observations à ce sujet.

P. Kahn, en avril 1923, à la Société de Psychiatrie, décrit : « Un syndrome du type de la démence précoce, précédé d'un épisode confusionnel brusquement éclos. »

D'après tous ces auteurs, le tableau clinique présenté par leurs malades, évoquait nettement la démence précoce.

Cependant, de nombreuses discussions se sont élevées récemment à propos de ces troubles démentiels post-encéphalitiques. Klippel et Deny en particulier, ont voulu faire une distinction nette entre la « psychose encéphalitique » et la démence précoce. « L'encéphalitique, disent-ils, lutte contre l'état d'asthénie psychique qui paralyse son activité. Son autocritique est bonne, son fond mental est relativement indemne. Le dément précoce, au contraire, se complaît dans son automatisme et il est profondément diminué au point de vue intellectuel. »

« Enfin, ajoutent ces auteurs, dans le syndrome post-encéphalitique manque toujours cet élément capital de l'activité mentale si spécial à la démence précoce : la dissociation entre la vie affective et la vie intellectuelle. »

Il nous a été donné de trouver quelques-unes des particularités signalées par MM. Klippel et Deny dans nos observations.

C'est ainsi que notre petit malade de l'observation V a une intelligence remarquablement conservée. Mais elle a des réactions motrices.

Elle a eu aussi des phénomènes catatoniques. Avec cela excitation intellectuelle se manifestant par une loquacité extraordinaire. Mais chez elle, l'affectivité est très amoindrie, pour ne pas dire abolie.

Par contre, D..., de l'observation VII, ne présente pas cette dissociation entre la vie affective et la vie intellectuelle, si spéciale à la démence précoce.

D... aime ses parents ; il leur écrit dès qu'il le peut, en manifestant dans ses lettres des sentiments affectueux très marqués.

Mais, chez lui, les facultés intellectuelles sont très amoindries. Cet affaiblissement de l'inteligence se manifeste dans son langage, dans ses lettres incohérentes (où on note quelquefois du mysticisme), ornées d'arabesques souvent très minutieuses, stéréotypées.

Ainsi donc, chez un petit malade (observation VII), l'intelligence est très réduite ; chez l'autre (observation V), il y a une perte de toute notion d'activité émotionnelle. Et cependant, tous deux ont des instincts pervers, des troubles marqués du caractère et de l'humeur, des stéréotypies.

Aussi les considérerons-nous malgré tout, comme des déments précoces qu'il a fallu interner, comme des « schizophréniques » (Bleuler) chez qui il y a une « perte de contact vital avec la réalité ». Si quelques symptômes font défaut, les gros signes sont très marqués chez eux, permettant ainsi de classer les troubles divers observés dans la catégorie des troubles démentiels.

CHAPITRE III

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, ce chapitre sera bref. Il nous a paru cependant nécessaire d'insister un peu sur le diagnostic quelquefois délicat de l'encéphalite épidémique et de ses « séquelles », et surtout sur le pronostic de ces lésions.

Nous aurions voulu présenter le résultat de recherches anatomo-pathologique, mais nous n'avons eu aucun décès parmi nos petits malades. Aussi, passerons-nous assez rapidement sur ce chapitre pourtant si intéressant, où nous ferons nôtres les opinions admises actuellement à ce sujet.

La pathogénie nous retiendra plus longtemps. Nous dirons quelques mots sur l'important chapitre de la médecine légale. Enfin nous terminerons par le traitement.

I. — DIAGNOSTIC

Vouloir faire une étude complète du diagnostic différentiel de l'Encéphalite Epidémique avec d'autres affections, serait passer en revue toute la neurologie.

Cependant, chez l'enfant, il est quelques affections encéphalopathiques qui simulent l'encéphalite.

En premier lieu, nous placerons la méningite tuberculeuse rencontrée si fréquemment chez l'en-

fant, et dont la somnolence du début peut rappeler celle de l'encéphalite épidémique.

Ainsi, Lesage et Abrami ont décrit une forme somnolente chez le nourrisson. Dans cette forme, le sommeil survient d'emblée analogue à celui de l'Encéphalite Epidémique. Mais ce sommeil, contrairement à ce qui se passe ordinairement dans l'encéphalite (observation I), devient plus profond et le coma lui succède, souvent très rapidement.

Chez l'enfant plus âgé, la forme somnolente est plus rare et, de suite, tous les signes classiques de la méningite tuberculeuse apparaîtront.

La grippe avec ses formes nerveuses, observée surtout pendant l'épidémie de 1918, offre de nombreuses analogies avec l'encéphalite, tellement que quelques auteurs ont voulu voir à cette époque, l'encéphalite léthargique comme une détermination de la grippe sur l'encéphale.

Le diagnostic sera quelquefois difficile, bien que les lésions du cerveau, dans la grippe nerveuse, soient plus marqués que dans l'encéphalite.

Aussi la ponction lombaire, donnant de la polynucléose dans la grippe, pourra être d'un précieux secours.

Un grand nombre d'états méningés désignés sous le nom de « méningisme » ont pu quelquefois, par une réaction intense, en imposer pour une encéphalite. Là, encore, la ponction lombaire est très utile.

De même, dans la méningite aiguë où il peut y avoir des symptômes identiques à ceux de l'encéphalite, mais où le liquide céphalo-rachidien sera louche avec hypoglycorachie, hyperalbuminorachie, polynucléose.

Une place est à réserver à la localisation de la syphilis sur l'axe cérébro-spinal, donnant toutes les

formes cliniques de méningite. Là, le diagnostic pourra être aidé par la présence de stigmates d'hérédo-spécificité. D'autre part, une lymphocytose abondante ainsi qu'une hyperalbuminose dans le liquide céphalo-rachidien, avec réaction de Wassermann positive confirmera le diagnostic.

Quand les troubles moteurs prédominent, et c'est souvent le cas chez l'enfant, il faudra faire le diagnostic avec la chorée de Sydenham, la chorée de Dubini.

Ce diagnostic sera souvent difficile. Cependant l'anamnèse pourra permettre de retrouver à l'origine d'une chorée de Sydenham, un rhumatisme, une maladie infectieuse. Dans la chorée de Dubini, il y aura plutôt prédominance des mouvements myocloniques à la tête et aux membres supérieurs.

D'ailleurs, très souvent, nous avons pu le voir chez nos petits malades, les troubles moteurs coexistent avec une encéphalite épidémique, et on a pu créer des formes choréiques, myocloniques de l'Encéphalite chez l'enfant.

Mais le problème devient particulièrement ardu quand il faut faire un diagnostic rétrospectif, quand il faut rapporter des paralysies (maladie de Little : Observation II) des mouvements choréiques, un gros déficit intellectuel, à une encéphalite épidémique.

Là, une étude minutieuse de l'étiologie, de l'affection, de son évolution, des antécédents, pourra faire éliminer la syphilis, les méningites infectieuses. Mais, il faut bien le proclamer, la ponction lombaire surtout, confirmera un diagnostic d'encéphalite épidémique.

C'est, en effet, avec les gros troubles du début (troubles du sommeil, troubles oculaires, fièvre), très important eux aussi, l'étude du liquide cépha-

lo-rachidien qui permettra surtout de poser le diagnostic d'encéphalite épidémique.

Les différentes études publiées à ce sujet jusqu'à ce jour, en particulier par Mestrezat, permettent d'affirmer d'une façon absolue que dans l'encéphalite épidémique :

Le liquide céphalo-rachidien est toujours clair.

La teneur en albumine est normale.

Il existe une hyperglycorachie nette dans presque tous les cas.

Dans nos observations, le liquide céphalo-rachidien a toujours été clair avec quantité normale d'albumine.

L'hyperglycorachie (limite inférieure 0,66 %) a manqué dans 3 cas (observations I, III et VI), mais a été marquée dans toutes les autres observations. Dans l'observation V, il y a jusqu'à 1 gr. 27 de sucre.

Il est à remarquer que cette hyperglycorachie a été notée surtout à la phase aiguë de la maladie, ce qui confirme bien les observations antérieures de MM. Achard, Netter, Mlle Cosmovici, MM. Pierre Marie et Mestrezat, Mestrezat et Rodriguez, Dùmolard et Aubry, Barré et Reys, Pic...., et constitue un moyen de diagnostic évident.

Cependant, nous avons pu également la constater dans les séquelles de l'affection.

Cette hyperglycorachie nous a permis de poser le diagnostic d'encéphalite léthargique dans l'observation II (encéphalite avec syndrome de Little).

Nous ajouterons qu'il n'y a pas eu lymphocytose chez nos malades, sauf dans un cas (observation I) où l'affection encéphalitique a été manifeste.

Avec tous ces éléments, un diagnostic sûr d'Encéphalite Epidémique peut être posé, ce qui permet d'éviter toute thérapeutique pouvant être quelquefois préjudiciable aux petits malades.

II. — PRONOSTIC ET SÉQUELLES

La question du pronostic est importante. « L'encéphalite, a-t-on dit, est une maladie à surprises et à reprises ».

Aussi, est-il difficile de fixer un terme à l'évolution de la maladie. De même, il est presque impossible d'affirmer sa guérison.

Nous avons pu cependant constater chez nos malades un épisode aigu qui nous a permis d'assigner des limites assez nettes à l'affection.

A cette période, nous pouvons dire que l'intensité des phénomènes psychiques observés, ne nous a jamais guidé, dans un pronostic *quo ad vitam.* Seule, la gravité des symptômes physiques (température élevée, tachycardie, coma...) aurait pu nous autoriser à nous prononcer.

Nous n'avons eu aucun décès chez nos petits malades, même dans des formes graves (observation VI) à rechutes nombreuses.

Mais, dans nos observations, il est à remarquer qu'en dépit de toute thérapeutique, le retour *ad integrum* n'a jamais été noté. Chaque fois que des troubles psychiques se sont manifestés à la période aiguë, ces troubles n'ont cessé de s'accentuer ; et la « guérison » de l'encéphalite une fois obtenue, des « séquelles » psychiques se sont installés, créant les diverses psychoses post-encéphalitiques.

En somme, chez nos malades, nous avons eu toujours des guérisons, mais avec « séquelles » ou « manifestations tardives ».

Et quelles manifestations ! Dans tous les cas, il y a eu de grosses perturbations dans le psychisme. Arriération mentale avec tendance à l'idiotie dans les observations I et II. (Cependant, légère amélioration chez le nourrisson de l'observation I.)

Idiotie dans les observations IV et VI.

Invalidité morale (observation III).

Démence précoce (observation I et VII).

Chez tous, des troubles du caractère ont prédominé au début.

Puis, le déficit intellectuel s'est accentué chez quelques-uns, peut-être parce que le virus encéphalitique évoluait et exerçait ces ravages sur un terrain prédisposé par des antécédents alcooliques tuberculeux !

Chez d'autres, ce sont les troubles du caractère et les troubles moraux qui ont pris le pas sur les autres manifestations, créant ainsi les « invalides moraux ».

Enfin, une troisième catégorie où des perturbations plus profondes du psychisme ont pu être observées, concerne les déments précoces.

Dans tous ces cas, les transformations du caractère se font dans le sens même des tendances individuelles. On peut dire, avec J. Tinel « que chaque sujet réalise pour ainsi dire la névrose à laquelle le préparait sa constitution ».

Il semble que, dans tous les cas de « séquelles », il y ait une persistance du virus.

Des inoculations au lapin avec le cerveau d'un malade atteint d'encéphalite depuis 15 mois, faites par MM. Netter, Cesari et Durand, se sont montrées positives. Ces auteurs ont pu réaliser une série ininterrompue de quatre passages chez l'animal, et ont retrouvé le virus dans les glandes salivaires de celui-ci.

Aussi, MM. Levaditi, Harvier et Nicolau ont admis qu'il peut exister des « porteurs de virus » sains parmi des individus en contact avec les encéphalitiques. Ce point est très important pour la notion de contagiosité.

On voit par cet exposé, combien la fréquence et la gravité des manifestations psychiques observées au cours ou à la suite de l'Encéphalite Epidémique font de cette affection une maladie extrêmement redoutable, quant à l'avenir psychique des malheureux enfants qui en sont atteints.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous serons bref sur ce chapitre, n'ayant pas eu d'autopsie parmi nos malades.

Aussi bien ferons-nous nôtres les opinions actuellement admises.

Les lésions dans l'encéphalite épidémique se trouvent surtout dans le mésocéphale et tout particulièrement le pédoncule et la protubérance. Le locus niger est surtout intéressé (Pierre Marie et Trétiakoff).

Achard a pu dire que « cette maladie frappe électivement la partie post-supérieure de la protubérance et du pédoncule cérébral et se comporte comme une polio-encéphalite postérieure ou postéro-supérieure respectant l'étage antérieur ».

Les lésions anatomo-pathologiques consistent en formations de manchons inflammatoires périvasculaires.

Il est important de remarquer que, dans des cas de « séquelles » d'Encéphalite Epidémique (Mlle Lévy), on a pu révéler l'existence de lésions inflammatoires anatomo-pathologiques, identiques à celles de la phase aiguë.

IV. — PATHOGÉNIE

Cette dernière constatation jointe aux expériences bactériologiques, signalées plus haut, de Netter, Çesari et Durand, permet de penser que, comme

nous l'avons déjà dit dans le chapitre précédent, il y a persistance du virus encéphalitique dans les manifestations tardives de l'affection.

Mais, quand il s'agit d'interpréter les divers états névropathiques observés au cours de l'Encéphalite Epidémique, nous entrons dans le domaine de l'hypothèse.

A peine peut-on affirmer l'existence de centres régulateurs du sommeil dans le méso-céphale, centres qui seraient situés dans la substance grise sous-jacente à l'aqueduc de Sylvius, entre le 3e et le 4e ventricule. Brown-Séquard, Gaget, d'une part ; Benjamin, Claude et Lhermitte, d'autre part, l'ont bien situé.

Une perturbation dans cette zone et nous avons la perte, chez nos malades, de la régulation du rythme alternant de la veille et du sommeil.

Le rêve communément observé dans l'Encéphalite résulterait, par ce fait même, de la mise en liberté « d'une émotivité sans frein, d'une suggestibilité sans critique ».

Aussi, pour expliquer l'origine des « troubles psychiques », Tinel a pu dire :

« On peut croire que c'est par la défaillance plus précise de quelque activité directrice, régulatrice ou inhibitrice, que se produit, au cours de l'encéphalite, cette évasion des automatismes psychologiques inférieurs, ou cette exaltation de l'émotivité, de la même façon que se libère d'une influence frénatrice normale, la fonction motrice hypertonique qui détermine le parkinsonisme. »

De là, la description de lésions associées du cortex et du mésocéphale. De là surtout l'existence, d'après Camus, de « centres psycho-régulateurs » dans le mésocéphale.

L'hypothèse de Camus est très séduisante. Le parallèlisme et la simultanéité des troubles moteurs et des manifestations psychiques, concorderaient mieux, en effet, avec la fonction essentiellement frénatrice et régulatrice des centres mésocéphaliques.

D'autre part, des expériences de Garrelon et Santenoise ont montré le parallélisme des variations de l'état vago-sympathique et du système nerveux dans la sensibilité aux poisons.

Véritable carrefour de fonctions importantes, le mésocéphale exercerait une fonction régulatrice psychique. Cette fonction ne serait, d'après les expériences de Garrelon et Santenoise, « qu'une action régulatrice des échanges au niveau des cellules nerveuses ».

Malgré l'attrait de cette théorie, il n'en reste pas moins que, à côté de lésions mésocéphaliques, il y a lésions des cellules nobles de la corticalité qui expliqueraient, d'après Euzière, l'invalidité morale observée chez nombre de petits encéphalitiques. Dans ce cas, les zones lésées sont les régions paracentrales et fronto-pariétales.

Pour ce qui est de l'idiotie, qui serait, d'après Benon, « une arriération intellectuelle par agénésie du langage », il y aurait des lésions dans les centres du langage (pli courbe, gyrus supramarginalis).

Quoiqu'il en soit, l'apparition de psychoses au cours ou à la suite de l'encéphalite épidémique doit faire admettre « l'existence d'un substratum physiologique réel, vraisemblablement en rapports directs avec le processus encéphalitique ».

V. — MÉDECINE LÉGALE

La médecine légale des formes mentales de l'Encéphalite Epidémique chez l'enfant est d'un intérêt primordial.

Elle a d'ailleurs suscité de nombreuses publications.

Briand et Reboul-Lachaux, surtout, ont étudié la question au sujet de petits malades, chez lesquels il y avait eu des tentatives de coups et de morsures. Dans un cas même, il y a eu tentative de meurtre. C'est ainsi qu'un malade cherche à étrangler un de ses voisins, un autre projette un marteau à la tête d'un petit camarade. Mlle Lévy cite le cas d'un enfant qui cherche fréquemment à retourner le lit de ses camarades et à y mettre le feu.

Les cas d'exhibitionisme, de viols, de fugues abondent dans la littérature médicale.

Souvent, ces petits sujets ont maille à partir avec la justice. Ils sont condamnés, mis en prison, et là, continuent à se contaminer.

D'ailleurs, à la sortie de prison, ils continuent leurs exploits, retournent en prison et sont finalement relégués.

Aussi, le rôle du médecin légiste est important. Il doit faire sortir de prison ces malheureux enfants.

La vie familiale pour eux est évidemment impossible, surtout en ce qui concerne les « invalides moraux » et les « déments précoces ».

C'est à l'asile d'aliénés qu'il faut les envoyer.

Là, dans des services spéciaux pouvant être organisés, on essaierait de rééduquer moralement ces pauvres êtres, pour les remettre dans le droit chemin.

VI. — TRAITEMENT

Cette question sera malheureusement courte. Il faut bien l'avouer, l'encéphalite épidémique échappe à toute thérapeutique.

Quoiqu'il en soit, un fait reste évident. Si faible que soit notre secours, notre traitement doit se faire à la période de début de la maladie. Aussi un diagnostic précoce est-il nécessaire.

Dans les « séquelles » ou « manifestations tardives », plus rien ne peut enrayer la progression de la déchéance psychique observée chez presque tous nos malades. Tout au plus, doit-on interner l'enfant chez lequel des troubles mentaux marqués se manifestent.

A la période aiguë, nous avons tout tenté. Injections d'urotropine (toutes les observations). Injections de sérums de convalescents (observation VI), du liquide céphalo-rachidien (observation VI).

Parfois on a dû avoir recours à une médication symptomatique : bains, pilules de belladone, bromure, véronal....

Presque toujours, nous avons obtenu une « guérison » quant aux troubles physiques (sauf observation I, maladie de Little) ; V et VII : troubles moteurs).

Mais toujours le psychisme des malades a été irrémédiablement atteint.

CONCLUSIONS

1° Quelle que soit la phase d'évolution, aiguë ou chronique, de l'encéphalite épidémique chez les enfants, on retrouve presque toujours dans sa symptomatologie, des troubles psychiques plus ou moins prononcés.

2° A la période aiguë de la maladie, en dehors des troubles du sommeil, léthargie le plus souvent, insomnie quelquefois, on observe chez les enfants, à peu près constamment, des manifestations de délire confus ou onirique.

3° Parmi les séquelles de la maladie, on observe une assez grande variété de troubles psychiques :

a) Les troubles de l'intelligence se produisent chez les enfants, d'autant qu'ils sont plus jeunes, ils peuvent être relativement bénins, ou causer des perturbations profondes, aboutissant à l'arriération mentale, et même à l'idiotie complète.

b) Les troubles du caractère, consistant en instabilité nerveuse, en agitation, en violence, coïncident le plus souvent avec des troubles du sommeil (forme insomnique), et peuvent entraîner « l'invalidité morale », qui fait des enfants, des êtres antisociaux, pervers, menteurs, impulsifs, excités génésiques.

c) Les troubles psychiques peuvent être enfin assez profonds, pour aboutir à la démence précoce.

4° Le pronostic de ces séquelles psychiques est excessivement sombre. Il n'y a guère de guérison. L'avenir intellectuel des petits malades est, dans presque tous les cas, irrémédiablement compromis.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie et Hesnard. — Encéphalite aiguë épidémique. — « Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux », 23 janvier 1922.

Abrahamson. — Troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique. « Journal of nerv. and ment. disease », sept. 1920.

Achard. — Variétés cliniques de l'encéphalite léthargique. Académie de Médecine, 2 février 1920.

Achard et Leblanc. — Encéphalite léthargique, forme piologée. — « Société Méd. des Hôp. de Paris », 14 mai 1920.

Anderson (G.), Smith, Parkes (F.), Weber et Parke (Th.). — Trois cas de stupeur épidémique. « The Lancet », 2 mai 1918.

Anderson (H.) — « Glascow Médical Journal », Février 1923.

Alamartine. — Différentes modalités du début et de la fin de l'encéphalite épidémique. « Thèse Paris », 1920.

Apert. — Manifestations nerveuses dues au réveil d'une encéphalite léthargique. — « Soc. de Pédiatrie », 18 janvier 1921.

Apert, Robert Broca et Chabanier. — Encéphalite léthargique du jeune âge. « Soc. de péd. », 20 mars 1923.

Ardin-Delteil. — Cas d'encéphalite léthargique à Alger. — « Soc. Méd. des Hop. », 7 juin 1918.

Ardin-Delteil et Derrieu. — Les syndrômes strio-pallidaux dans l'encépalite épidémique. — « Sud Médical », avril 1921.

Ardin-Delteil et Raynaud. — Nouvelles modalités cliniques de l'encépalite épidémique aiguë: les formes choréiques. — « Soc. Méd. des Hop. », 5 mars 1920.

Aubry. — Formes mentales de l'encéphalite épidémique. — « Rev. Méd. de l'Est », n° 1, 1921.

Azoulay. — Des formes bullo-myélitiques de l'encéphalite léthargique. — « Thèse Alger », 1920.

Alajouanine. — Traitement de formes prolongées de l'encéphalite léthargique. — « Journal Médical Français », Avril 1923.

Arivagnet. — Sur un cas d'encéphalite myoclonique chez l'enfant. — « Soc. de Péd. », 24 mai 1921.

Ausset. — Une observation d'encéphalite avec syndrome de Millard-Grubler. — « Soc. de Pédiatrie », octobre 1920.

Ball. — De la folie de la puberté. « Encéphale », 1884, n° 1.

Batten (F.) et Still (G.). — Stupeur épidémique des enfants « The Lancet », 5 mai 1918.

Barré et Reys. — Réapparition de l'encéphalite grave. — « Soc. Méd. du Bas-Rhin », 22 décembre 1922.

Le liquide céphalo-rachidien dans 42 cas d'encéphalite épidémique. — « Revue Neurologique », 1920.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite épidémique. — « Bull. Méd. », 30 avril 1922.

Bénard. — Les formes légères et les formes frustes de l'encéphalite léthargique. — Dissociation cyto-albuminurique. — « Soc. Méd. des Hop. », 27 février 1920

Benon (R.). — Manie chronique infantile post. encéphalopathique. — « Archives de Médecine des Enfants », octobre 1923.

Beriel. — Séquelle de l'encéphalite épidémique. — « Soc. Méd. des Hôp. », 2 novembre 1920.

Barbier. — Encéphalite myoclonique chez un nourrisson de 9 mois. — « Soc. Méd. de Lyon », 16 mars 1923.

Barbier. — Encéphalite à forme prolongée, chez une fillette. Soc. de Péd., 15 février 1921.

Barier et Mayor. — Encéphalite épidémique chez l'enfant. — « Revue Méd. de la Suisse Romande », oct. 1920.

Briand (Marcel). — Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico légal. — « Acad. de Médecine », 20 novembre 1921.

Formes mentales de l'encéphalite épidémique, « Congrès de Strasbourg », août 1920.

Rapports entre certains états pithiatiques et l'encéphalite léthargique. — « Soc. de Psychiatrie », 17 juin 1920.

Briand et Borel. — Hypomanie avec onirisme nocturne chez un enfant de 9 ans atteint d'encéphalite léthargique. — « Soc. Clin. de Méd. Mentale », 21 juin 1920.

Briand et Porcher. — Séquelle d'encéphalite épidémique chez un enfant de 10 ans. — « Soc. Clin. de Méd. ment », 18 avril 1921.

Séquelles d'encéphalite épidémique: troubles du caractère et excitation psycho-motrice à exacerbations nocturnes. — « Soc. Clin. de Méd. Ment », n° 4, avril 1921.

Briand et Reboul-Lachaux. — Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéphalite épidémique chez les enfants. — « Soc. Clin. de Méd. Mentale », 19 décembre 1921.

Briand et Rouquier. — Troubles mentaux. — « Soc. Méd. des Hop. », 13 février 1920.

Contribution à l'étude des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. — « Congrès des Aliénistes » Luxembourg-Metz, 1921.

Bérillon. — Psychothérapie dans les séquelles d'encéphalite épidémique. — « Soc. Méd. des Hop. », 25 novembre 1921.

Briand et Fribourg-Blanc. — Importance de l'onirisme comme signe de début dans le diagnostic de l'encéphalite épidémique. — « Soc. de Psychiatrie », 15 février 1923.

Bassœ (P.). — Encéphalite épidémique (nona). « The journal of the méd. Association », (Chicago), 5 avril 1918.

Bosc. — Le délire dans l'encéphalite léthargique et les formes délirantes simples. — « Soc. Méd. des Hop. », 7 mai 1920.

Barbier, Arbeit et Lebéc. — Quelques cas frustes d'encéphalite léthargique. — « Soc. de Pédiatrie », 17 janvier 1922.

Bakke. — Uber encéphalitis lethargica. — « Méd. rev. », n° 2, 1921.

Blouquier de Claret. — La névraxite épidémique. — « Th. Montpellier », 1921.

De la responsabilité atténuée. — Etude médico-légale. — « Acad. des Sciences et Lettres de Montpellier », janvier 1923.

Bonhoeffer. — Psychische Residierzustaenden nach Encephalitis epidémica bei Kindern. — « Klin Woch », 1922.

Brevet (Charles). — Etude sur la forme myoclonique de l'encéphalite épidémique. — « Thèse Paris », 1920.

Boveri. — Encéphalite épidémique et chorée de Dubini. — « Soc. de Neurologie », 4 mars 1920.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite épidémique. — « Soc. de Neur. », 1er juillet 1920.

Boyd (William). — The sequelœ of epidémic encephalitis. « Amer-Journa. of the Méd. Sc. », 1921, n° 2.

Buzzard. — Un cas isolé aigu. — Parkinsomisme « The Lancet », 24 avril 1918.

Camp (Carl). — The sequelœ of epidémic encephalitis. — « Journal of the Nichigan St. », 1921, n° 8.

Camus (Jean). — La régulation des fonctions psychiques. Troubles mentaux par lésions extracorticales. — « Paris Medical », 21 octobre 1922.

Camus (Jean et Noël Perron. — La psychiatrie en 1923. — — « Paris-Medical », 23 octobre 1923.

Capgras et Reboul-Lachaux. — Arythmie respiratoire et troubles meentaux, séquelles probables d'encéphalite épidémique. — « Bull de la Soc. Clin. de Méd. mentale », Juillet 1922.

Carnot et Blamoutier. — Traitement de l'encéphalite léthargique. — « Paris Médical », 24 février 1923.

Chalot (Mme). — Contribution à l'étude du diagnostic de l'encéphalite épidémique chez l'enfant. — « Th. Paris », 1921.

Claude (Henri). — Les suites éloignées de l'encéphalite léthargique. — « Ac. de Médecine », 2 mars 1920.

Cheinisse (L.). — Traitement de quelques séquelles d'encéphalite épidémique. — « Presse Médicale », 3 juin 1922.

Claude et Borel. — « Annale médico- psychologiques », mars 1923.

Claude et Brousseau. — Troubles mentaux d'origine encéphalitique, avec palilalie et tachyphémie. — « Annales médico-psychologiques », janvier 1923.

Chavanis. — Encéphalite létargique avec mouvements choréiformes. — « Loire Médicale », 15 avril 1920.

Chiray et Lafourcade. — Encéphalite à séquelles combinées. — « Presse Médicale », 1923.

Colin (Henri) et **G. Robin.** — Troubles psychiques dans l'encéphalite. — « Soc. Clin. de Méd. mentale », 1922.

Collin (André). — « Annales médico-psycologiques ». — Séance de mai 1922.

Collin (André) et **Jeanne Réquin.** — Séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique chez les enfants. — « Archives de Médecine des Enfants », mai 1923.

Colin (H.) et **Demay.** — Anormaux à perversions instinctives. Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Sergent, Ribadeau, Dumas.

Conos. — L'encéphalite léthargique (névrosystémite épidémique). — Constantinople, Imprimerie « Phénix » 1922.

Comby. — Les encéphalites aiguës chez les enfants. — « Bull. de la Soc. de Méd. », Paris 1921, n° 1.

« Archives de Méd. des Enfants », 26 juillet 1907.

Séquelle nerveuse de l'encéphalite épidémique (revue générale). — « Archives de Médec. des Enfants », mai 1923.

Plusieurs cas d'encéphalite avec séquelles. — « Soc. de Pédiatrie », 19 avril 1921.

Cozzolino. — Contributo alla casidetta encefalite lethargica nei bambini. — « La Pédiatria », 1er avril 1920.

Cramer. — Les formes somnolentes et insomniques de l'encéphalite épidémique. — « Revue Méd. de la Suisse Romande », mai 1920.

Cruchet. — Contribution à l'étude des rythmies d'habitude du sommeil. — « Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux », 18 février 1906.

Pronostic del'encéphalomyélite épidémique. — « Soc. Méd. des Hop. », 22 octobre 1920.

Pronostic et séquelle de l'encéphalomyélite épidémique. — « Soc. Méd. des Hop. », 11 mars 1921.

Cruchet, Routier et **Calmette.** — 40 cas d'encéphalomyélite subaiguë. — « Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. de Paris », 27 avril 1917.

Evolution et séquelles de l'encéphalomyélite épidémique. — « Soc. Méd. des Hop. », 11 mars 1911.

Cruchet et Rocher. — Séquelle d'encéphalite épidémique du type myoarythmique. — « Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux », 15 avril 1921.

Demole. — Encéphalite léthargique avec ophtalmoplégie interne totale chez un garçon de 13 ans. — « Revue Médicale de la Suisse Romande », juin 1920.

Duhot et Crampon. — Encéphalite épidémique et réaction de B. W. — « Bull. de la Soc. Méd. des Hop. », 29 avril 1921.

Duvernay. — Séquelle d'encéphalite épidémique. — « Soc. Méd. des Hop. de Lyon », 8 juin 1920.

Economo (Von). — Beitrage zur encephalitis lethargica. — « Neurol-Zentralblatt », 1917.

Ely et Bassoe. — « The Journal of the Amér. Méd. Assoc. » 21 mai 1919.

Ebaugh (G.) — Neuropsychiatric sequellœ of acute épidémic encephalitis in children. — « Anc. Journ. of Dis. of Children », février 1923.

Eschbach. — Encéphalite aiguë infantile choréo-athétosique. — « Soc. Méd. des Hôp. », 4 juin 1920.

Euzière. — Troubles psychiques dans l'encéphailte épidémique.

Euzière et Blouquier de Claret. — Troubles moraux consécutifs à la névraxite épidémique. — « Gaz. des Hôp. », 20 septembre 1923.

L'invalidité morale acquise post. névraxilique. — « Soc. des Sc. Méd. et biol. de Montpellier », 16 mars 1923.

Euzière, Blouquier de Claret et Pagès. — Excitation génésique post encéphalitique. — « Bull. de Sc. Méd. de Montpellier, 2 mars 1923.

Fabre. — Encéphalite épidémique chez les femmes enceintes. — « Thèse Montpellier », 1921.

Fletcher et Rollester. — Somnolence diurne et insomnie nocturne dans l'encéphalite infantile. — « The Brit. Journ. of Child. Disease », 1922.

Foster. — Hyperglycorrachie dans l'encéphalite épidémique. — « The Journ. of the Amér. Méd. Association », n° 19, 1921.

Findlay. — Encéphalite infantile. — « The Lancet », 20 avril 1918.

Froment. — Trouble de l'écriture dans un état post encéphalitique. — « Soc. Méd. des Hôp. de Lyon », 3 février 1923.

Francioni (Carlo). — Sur un syndrome psychique particulier chez l'enfant. — « Il Policlinico », n° 28, 1921.

Gasbarrini et Sala (Guido). — Ulteriori osservazioni sui postumi della cosi detta encephalite lethargica. — « Rev. Sperim. di freniat. e méd. legale », janvier 1922.

Galtier. — A propos de quelques psychoses toxi-infectieuses. — L'encéphalite léthargique, considérations pathogéniques. — « Progrès Médical », juillet 1919.

Gilles (André). — Encéphalite épidémique, pithiatique, réforme. — « Encéphale », déc. 1922.

Gelma (Eugène). — Sialorrhée et enchépalite épidémique. — « Paris-Médical », n° 12, 1921.

Gelma (Eugène). et Hanns (Alf.). — Sur le sommeil et les troubles psychiques. — « Ann. de Méd. », n° 1 1921.

Grasset. — Demi-fous et demi-responsables. — Alcan, 1907.

Grossmann, Morris. — Sequells of acute epidemia encephalitis. — « Journ. of Amer. Méd. Assoc. », 1922.

Guinon. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique. — « Soc. de Pédiatrie », 19 avril 1921.

Guinon et Vincent. — Encéphalite chez un enfant hémiparétique. — « Soc. de Pédiatrie », 21 février 1922.

Hamel et Merland. — Sequelles d'encéphalite léthargique chez l'enfant. — « Soc. Cl. de Méd. Mentale », 20 nov. 1922.

Harvier et Levadité. — Virulence des centres nerveux 6 mois après le début de l'encéphalite. — « Soc. Méd. des Hôp. », 3 décembre 1920.

Polymorphisme de l'encéphalite épidémique. — « Revue Neurologique », février 1923.

Harris. — Encéphalite infantile .— « The Lancet », 20 avril 1918.

Heimann. — Post influenzal encéphalitis. — « Am. Journal of Dis. of Child », août 1919.

Hesnard. — Les troubles psychiques dans l'encéphalite épidémique. — « Gaz hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux », 1920.

La psycho encéphalite aiguë épidémique. — « Encéphale », 10 juillet 1920.

Hanshalter. — Encéphalite polymorphe chez 3 enfants. — « Soc. de Méd. de Nancy », 28 février 1923.

Horneffer. — Encéphalite chez un enfant. — « Revue Méd. de la Suisse Romande », juin 1920.

Hofstadt (Fritz). — Uber spat-und dauerschaden nach Encephalitis epidemica. — « Münisch. und Wochensch », 1921, n° 16.

Janet. — Encephalite à forme ambulatoire. — « Soc. de Péd. », oct. 1920.

Jouin (Albert). — Similitude entre encéphalite et méningite bacillaire chez un enfant de 8 ans. — « Bull. de l'Ac. de Méd. », juin 1920.

Jude et **Lanne.** — Séquelle d'encéphalite léthargique. — « Soc. Méd. des Hôp. de Lyon », 9 nov. 1920.

Kahn (Pierre). — La psychose post-encéphalitique. — « Soc. de Psych. », 27 avril 1922.

Psychose post-encéphalitique. — « Soc. de Psych. », 15 déc. 1923.

Kenendy. — Encéphalite. — « The Journal Amér. Méd. Assoc. », 21 mai 1919.

Kirschbaum. — Personlichkeitsveranderung bei Kindern infolge epidemischer Encephalitis. — « Zeit. f. die Gesam. Neur. u. Psych. », 1922.

Klippel et **Deny.** — « Revue Neurologique », 1922.

Kostitch. — L'invalidité morale acquise post-nevraxitique. — « Thèse, Montpellier », 18 mai 1923.

Krukowski. — Paralysie agitante dans le jeune âge. — « New Neur. », 1913 II.

Laignel-Lavastine et **Logre.** — Hébéphréno-catatonie et encéphalite léthargique. — « Soc. de Psych. », 17 mai 1920.

Laignel-Lavastine et **Largeau.** — Encéphalite à manifestation délirante intermittente. — « Soc. de Psych. », 21 déc. 1922.

Legrand et **Duthoit.** — Séquelle de l'encéphalite. — « Réunion méd. chir. des Hôp. de Lille », 18 déc. 1922.

Lemierre. — Encéphalite familiale. — Transmission probable du virus par une personne atteinte depuis plus de 3 ans. — « Soc. Méd. des Hôp. », 24 déc. 1920.

Lhermitte. — Formes prolongées de l'encéphalite. — « Journal Méd. Fr. », avril 1923.

Lépine (J). — Le terrain dans l'encéphalite infectieuse. — « Ac. de Méd. », 16 nov. 1920.

Lesné. — 16 cas d'encéphalite chez les enfants. — « Soc. de Péd. », 15 fév. 1921.

Lesné et **Langle.** — Forme choréique de l'encéphalite. — « Soc. Méd. de Lyon », 4 juin 1920.

Levy (Mlle). — Manifestation tardive de l'encéphalite épidémique. — « Th. Paris », 1922.

Lereboulet et **Hutinel.** — « Soc. Méd. des Hôp. », 4 avril 1919.

Levaditi, Harvier et **Nicolau.** — Recherche expérimentale de l'encéphalite. — « Ann. de l'I. Pasteur », n° 2 1922.

Maillard. — Troubles psycho-moteurs consécutifs à l'encéphalite épidémique. — « Soc. de Psych. », 17 février 1921.

Mairet et **Margaret.** — Démence précoce. — Dubois et Bauer, 1920.

A. Marie et **Parant.** — Deux cas de séquelles neuro-psychiques dans l'encéphalite épidémique. — « Soc. de Méd. Mentale », 23 janvier 1922.

Pierre Marie et Mlle **Lévy.** — Le syndrome exeito-moteur. — « Rev. Neur. », juin 1920.

Mestrezat. — Glycorachie. — « Presse Médicale », 17 fév. 1923.

Minhowski. — La schizophrénie et la notion de maladie mentale. — « Encéphale », 1921.

Monrisuand, Lamy, Martine. — Séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique chez l'enfant. — « Soc. Méd. des Hôp. de Lyon », 7 déc. 1920.

Naville. — Séquelle d'encéphalites de 1918 à 1923. — « Rev. Méd. de la Suisse Romande », janvier 1923.

Etude sur les séquelles mentales de l'encéphalite. — « Encéphale », 1922.

Neal (Joséphine). — Enseignements tirés de plus de 100 cas d'encéphalite épidémique chez les enfants. — « Journ. of the Ann. Méd. Assoc. », 9 juillet 1921.

Netter. — L'encéphalite léthargique. — « Presse Médicale », 7 avril 1920.

Etiologie de l'encéphalite léthargique. — « Ac. de Méd. », 12 avril 1921.

Persistance de la virulence encéphalitique. — « Bull. de l'Acad. de Méd. », n° 18, 4 mai 1920.

Enseignements tirés de 70 cas. — « Soc. Méd. des Hôp. », 26 mai 1920.

Nobécourt. — Un cas d'encéphalite chez l'enfant, avec séquelle psychique. — « Soc. de Péd. », 19 avrie 1921.

Ordonez. — Encephalitis lethargica. — « Arch. esp. de Péd. », avril 1920.

Paléani. — Contribution clinique à l'étude des séquelles de l'encéphalite épidémique. — « Riv. Ital. di Neur. pat. psych. ed elettr. », n° 6, juin 1920.

Paterson et **Spence.** — Séquelles d'encéphalite chez les enfants. — « The Lancet », Londres, 3 sept. 1921.

Péhu et **Bonafé.** — Reliquats d'encéphalite chez les enfants. — Soc. Méd. des Hôp. de Lyon », 21 mars 1922.

Péhu et **Rebattu.** — Encéphalite à forme prolongée chez les enfants. — « Soc. Méd. des Hôp. de Lyon », 21 mars 1922.

Petit (Georges). — Formes psycho-organiques de l'encéphalite épidémique. — « Soc. Clin. de Méd. mentale », 19 décemb. 1921.

Encéphalite myoclonique. — « Soc. Cl. de Méd. mentale », avril 1923.

La conscience de l'état pathologique dans les formes psycho-organiques de l'encéphalite. — « Soc. de Psych. », 27 avril 1922.

Formes mentales prolongées dans l'encéphalite épidémique. — « Soc. Méd. des Hôp. », 21 avril 1921.

Pic (A). — Traitement de l'encéphalite. — « Presse Médicale », 1921.

Séquelles d'encéphalite léthargique. — « Soc. Méd. des Hôp. de Lyon », 16 nov. 1920.

Pouget, Houel et **Gruny.** — Sur trois cas d'encéphalite aiguë épidémique au cours de la grossesse. — « Sud. Méd. », 15 déc. 1921.

Progulski et **Grobel.** — Une forme évolutive particulière de l'encéphalite épidémique chez les enfants, la forme noctambulique. — « Munisch. med. Wochensch », 15 avril 1921.

Quintaud. — Paralysie agitante chez une jeune fille de 16 ans. — «Bull. de la Soc. méd. d'Angers », 1891, n° 6.

Ramond (Louis). — A propos d'un cas d'encéphalite léthargique à forme ambulatoire. — « Journ. des Prat. », 6 déc. 1919.

Raymond et **Lannelongue.** — Les séquelles d'encéphalite léthargique. — « Acad. de Médecine », 19 oct. 1920.

Régis. — Précis de Psychiatrie.

Renant (Jules, Mlle **Attanasio Benisty** et **Gayet.** — Synd. parkinsonniers post. encéphalitique chez un enfant de 13 ans. — « Soc. de Neur. », 2 juin 1922.

Roasenda. — Inversion du rythme du sommeil. — « Il Policlinico », 7 déc. 1921.

Robin (Charles). — Séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. — Soc. de Méd. ment. », 17 juillet 1922.

Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite chez les enfants. — « Soc. El. de Méd. ment. », nov. 1922.

Rocaz et Lartigaut. — Séquelles d'encéphalite. — « Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux », avril 1921.

Romano. — Encéphalite léthargique. — « La Pédiatria », 15 avril 1920.

Roubinovitch, Barük et Bariéty. — Un cas de troubles psychiques et respiratoires consécutifs à l'encéphalite épidémique. — « Soc. Clin. de Méd. mentale », 20 nov. 1922.

Rossi (Ottorino). — Note cliniche sull'encefalite epidemica, con speciale riguardo ai sintonei del periodo tardivo. — « Rev.di pat. nerv. e ment. », avril 1922.

Sainton. — Myoclonus au cours de l'encéphalite. — « Soc. Méd. », 30 avril 1920.

Schwebel. — Encephalite léthargique. — « Th. Alger », 1921.

Schreiber. — Encéphalite à forme choérique. — « Soc de Péd. », 20 mars 1923.

Sergent, Ribadeau-Dumas. — Pathologie médicale et thérapeutique appliquée. — « Psychiatrie », T. II.

Shaw. — The sequellœ of épid. encephalitis. — « Guy's Hosp. Gaz. », 1918.

Sicard. — Encéphalite myoclonique. — « Presse Méd. », 14 avril 1920.

Sicard et Kudeski. — L'encéphalite à rechutes. — « Soc. méd. des Hôp. », 23 janvier 1920.

Sierra. — Un caso de lethargia infantile. — « Arch. esp. de péd. », avril 1920.

Stern. — La puberté précoce dans l'encéphalite. — « Medizinische Woschensch. Sch. », 2 juillet 1922.

Souques. — Forme chronique de l'encéphalite léthargique. — « Soc. Méd. Hôp. », 30 avril 1920.

Souques et Bertrand. — Examen histologique des centres nerveux dans un cas d'encéphalite épidéminque. — « Soc. Méd. des Hôp. », 30 avril 1920.

Strumpell. — Die myostausche innervation und lhre Storungen. — « Neuv. Centr. », 1920, n° 2.

Téglia. — Tres casos de nona, encephalitis lethargica. — « Rev. Méd. del Rosario », mars 1920.

Tinel (J). — Syndromes névropathiques et encephalite. — « Journal Méd. Fr. », avril 1923.

Tretiakoff. — Contribution à l'étude du locus niger. — « Th. Paris », 1919.

Tretiakoff et **Bremer.** — Encéphalite léthargique avec syndromes parkinsonniers, catatonie, vérifications anatomiques.

Truelli et **Petit.** — Rapport sur les troubles psychiques dans l'encéphalite épidémique. — « XXVI[e] Congrès des Médecins et Aliénistes Français », Quimper, 6 août 1922.

Verger et **Hesnard.** — L'état mental des bradykinétique encéphalitiques — « Congrès de Quimper », août 1922.

Voivenel et **Riser.** — Démence et encéphalite. — « Congrès de Quimper », août 1922.

Widal, May, Chevalley. — Encéphalite épidémique avec syndrome mental simulant la démence précoce. — « Soc. Méd. des Hôp. », 25 juin 1921.

Witgenstein. — Taux du sucre céphalo-rachidien, et sa valeur diagnostique. — « Deutsche Méd. Woch. », avril 1923.

Zalla. — Les troubles du sommeil, séquelle de l'encéphalite épidémique. — « Rev. di pat. nerv. e ment. », 4 avril 1921.

Etude générale des lésions du système nerveux dans l'encéphalite épidémique. — « Soc. Méd. des Hop. de Lyon », 9 mars 1920.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 13

Historique 16

Chapitre I^er^. — Observations 29
Observation I 30
Observation II 34
Observation III 38
Observation IV 43
Observation V 49
Observation VI 53
Observation VII 63
Observations (résumées) 70

Chapitre II. — Description des troubles psychiques 75
Troubles du sommeil 77
Troubles de l'intelligence 83
Troubles du caractère 87
Troubles démentiels 96

Chapitre III 101

Conclusions 112

Index bibliographique 113

Vu :
Le Président de Thèse,
GILLOT.

Vu :
Le Doyen,
J. HERAIL.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 22 Novembre 1923
E. ARDAILLON.